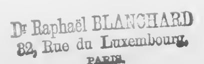
Le Progrès Médical

1888

PREMIER SEMESTRE



PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, 71, RUE DE RENNES

Le Progrès Médical

JOURNAL DE MÉDECINE, DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE

Rédacteur en chef : BOURNEVILLE.

Secrétaire de la Rédaction : Marcel BAUDOUIN

SEIZIÈME ANNÉE

TOME VII *(2e série).* — **1888**

Illustré de 58 figures dans le texte

COLLABORATEURS PRINCIPAUX :

ABADIE (CH.), AIGRE (D.), BALLET (G.), BARATOUX (J.), BITOT (P.), BLANCHARD (R.), BONNAIRE (E.), BOTTEY (F.), BOUTEILLIER (G.), BOUDET DE PARIS, BRICON (P.), BRISSAUD (E.), BUDIN (P.), CAPITAN (L.), CHABBERT, CHARCOT (J.-M.), COMBY (J.), CORNILLON (J.), CRUET (L.), DAMALIX, DARIER, DEBOVE, DELASIAUVE, FÉRÉ (CH.), GILLES DE LA TOURETTE (G.), JOSIAS (A.), JOFFROY, JOUSSET DE BELLESME, KERAVAL, LANDOUZY (L.), LAVERAN (A.), LELOIR (H.), LOYE (P.), MAGNAN, MALHERBE (A.), MARCANO (G.), MARIE, MAUNOURY, (G.), MAYGRIER, MONOD (CH.), MUSGRAVE CLAY (R. de), NAPIAS (H.), PELTIER (G.), PETIT-VENDOL (CH.-H.), PITRES, POIRIER (P.), PONCET (de Cluny), RANVIER, RAYMOND, REGNARD (P.), RENAUT (J.), RICHER (P.), SÉGLAS, SEVESTRE (A.), SIMON (J.), SOLLIER, STRAUS (I.), TALAMON (CH.), TEINTURIER (E.), TERRIER (F.), TERRILLON, TRÉLAT, TROISIER, VIGOUROUX (R.), VILLARD (F.), VOGT (E.), YVON (P.).

CE VOLUME RENFERME, EN OUTRE, DES MÉMOIRES, DES LEÇONS OU DES REVUES

DE MM.

Babinski, Bailly, Blocq, Casper, Chambard, Chauvin, Dagonet, Dalché, Debout d'Estrées, Despagnet, Edwards (Bl.), Eperon, Galezowski, Gauthier, Golouboff, Isch-Wall, Jorisenne, Lavaux, Leibowitz, Lejars, Lemoine, Louis, Lyon, Mabaret du Basty, Mabille, Mathieu, Martha, Martin (A. J.), Miot, Moncorvo, Ollivier (A.), Onimus, O' Connor (R.), Pamard, Pampoukis, Paris, Pilliet, Plicque, Pozzi, Proust, Raoult, P. Raymond, Regnaud, Rivière, Rousselet, Roubinovitch, Souza-Leite, Sorel, Vacher, Villar.

PARIS

AUX BUREAUX DU JOURNAL

14. RUE DES CARMES, 14.

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 1. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 JANVIER 1888

Le Progrès Médical

GYNÉCOLOGIE

De l'antisepsie en gynécologie (1)

Par le Dr S. POZZI, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

Messieurs,

Toutes les règles de l'antisepsie, établies pour la chirurgie générale, sont applicables à la gynécologie. Il existe toutefois des détails particuliers et des procédés spéciaux sur lesquels il n'est pas inutile de s'appesantir. Je diviserai cet exposé en deux paragraphes : le premier, relatif aux opérations *par les voies naturelles* sur le vagin, le col utérin et la cavité utérine. Le second, réservé aux opérations pratiquées par la voie abdominale, aux *laparotomies*.

I.

Nous examinerons successivement l'antisepsie de l'opérateur, des instruments, de la malade.

A. Opérateur. — Si la propreté absolue, ou pour mieux dire la pureté exacte des mains est indispensable dans toute opération, elle ne l'est jamais plus peut-être que dans les cas où l'on doit manœuvrer dans l'intérieur des cavités vaginale ou utérine ; là, en effet, tout germe déposé trouve un milieu de culture essentiellement favorable à sa pullulation et l'infection se développe rapidement.

Les ongles doivent être nettoyés avec un soin très grand ; les bras seront lavés jusqu'au niveau du coude.

Des recherches ont été faites récemment à la clinique du professeur Billroth par un de ses élèves, le Dr von Eiselsberg (2) sur les diverses substances employées pour le lavage des mains à l'hôpital. Il résulte de ses expériences que la poudre d'amandes, d'un usage si répandu dans les salles d'accouchements, est constamment infectée de germes, coccus et bacilles de diverses sortes. On doit donc la proscrire absolument. Tous les savons sont bons, excepté l'espèce de savon dur, commun, connu en France sous le nom de savon de Marseille. Le mode de préparation de ce savon — emploi de suifs souvent altérés, basse température de la lessive — rend parfaitement compte de la présence des spores qu'Eiselsberg y a rencontrées.

Le lavage au savon doit être suivi d'un lavage au sublimé au 1/1000. Certains opérateurs ne se contentent pas de ce mode de nettoyage et préfèrent plonger les mains et les bras d'abord dans une solution au 1/1000 de permanganate de potasse qui colore la peau en brun violet, puis de faire immédiatement disparaître cette teinture par une solution concentrée d'acide oxalique. Je crois qu'on peut se réserver ce procédé pour les cas exceptionnels où l'on aurait auparavant touché des pièces septiques ou suspectes.

Lorsqu'on est appelé à manier des matières fétides (comme dans le cas de cancers de l'utérus, etc.), outre l'emploi des antiseptiques, celui des *désodorants* (qu'il ne faut pas confondre avec eux) est très utile. Sans cela les mains s'imprégnent d'une odeur désagréable qu'elles conservent malgré tous les lavages ultérieurs. Foulis (d'Edimbourg) a recommandé en pareil cas de les oindre, avant l'opération, avec de l'essence de térébenthine qui protège très efficacement contre cet inconvénient.

Un vase contenant du sublimé à 1/1000 sera constamment placé auprès de l'opérateur de façon à ce qu'il puisse fréquemment y plonger ses mains souillées et les y laver.

B. Instruments. — On ne doit employer le plus possible que des instruments d'une construction très simple, facilement démontables s'ils sont composés de plusieurs pièces, dépourvus de cavités, de rainures et de sertissures d'où les impuretés sont difficilement chassées : on doit proscrire pour cette raison les *coulants* des hystéromètres, les aiguilles tubulées pour sutures, les pinces porte-aiguille à ressort, et même, malgré leur grande commodité, les aiguilles à chas mobile comme celles dont Reverdin a donné le premier l'ingénieux modèle. — Les instruments d'une seule pièce sont les meilleurs.

Les instruments, qui auront été arrosés d'eau bouillante immédiatement après l'opération précédente, seront plongés une demi-heure avant l'opération dans une solution phéniquée forte (à 50/1000). Le sublimé ne peut ici être employé à cause de son action destructive sur les métaux. Si les instruments avaient servi précédemment à une opération dans un milieu septique, pus fétide, matières sanieuses, gangréneuses, etc., ces précautions ne suffiraient pas. Il faudrait alors soit les plonger pendant une demi-heure dans la solution phéniquée forte, bouillante, soit les maintenir dans une étuve à 110 degrés pendant une demi-heure, soit les laisser tremper durant douze heures dans la solution forte, à froid. Ces procédés altèrent notablement les instruments, surtout les bistouris, mais il est indispensable d'y avoir recours.

C. Malade. *Antisepsie des organes génitaux externes et du vagin.* — L'opérée doit avoir pris un bain (de préférence un bain de sublimé) la veille ou le matin même. L'intestin aura été vidé avec soin par un lavement : le cathétérisme aura été pratiqué par l'opérateur ou par un aide avant la purification des mains. On aura pris soin, pour toute opération portant sur la vulve, de raser exactement les poils au niveau des grandes lèvres, tant pour la commodité de l'opération que pour éviter le séjour des matières septiques.

Le nettoyage des organes génitaux externes sera fait avec du savon et une brosse, d'abord, puis complété avec le sublimé au 1/1000.

Le lavage du vagin peut être pratiqué avec la même solution étendue par moitié d'eau chaude.

Je considère la solution du sublimé à 1/2000, en injection vaginale comme ne pouvant pas offrir d'inconvénients quand on fait celle-ci dans les conditions et suivant les préceptes qui vont bientôt être indiqués. On a beaucoup incriminé le sublimé dans ces derniers temps, en gynécologie et surtout en obstétrique. Il est certain qu'on en a usé dans les premiers temps de son introduction avec trop peu de ménagements et à trop fortes d

(1) Leçon du cours libre de Gynécologie fait à la Faculté de médecine de Paris.

(2) A. von Eiselsberg. — *Ueber den Keimgehalt von Seifen und Verbandmaterial. Wiener med. Wochenschr.*, nos 19, 20 et 21, 1887.

doses. Mais on a peut-être été trop loin ensuite dans la réaction. Les travaux qui ont été publiés sur ce point n'ont pas toujours assez tenu compte de la différence capitale qui existe entre les injections faites peu après l'accouchement et celles qui sont pratiquées dans d'autres conditions. Chez la femme récemmert accouchée les cavités vaginale et utérine communiquent largement par l'intermédiaire d'un col plus ou moins béant et ramolli. Une injection faite dans le vagin, surtout si on n'a pas soin de maintenir alors ses parois écartées avec les doigts, passe très aisément, coule pour ainsi dire dans l'utérus, s'y amasse, y séjourne, et peut-être absorbée par sa muqueuse molle ou sa surface desquammée. De là les accidents signalés après de simples injections vaginales (1). Je ne parle pas à dessein des expériences sur le vagin des lapines et des femelles de cochon d'Inde qui, pour ce point spécial ne me paraissent pas démonstratives.

Il faut bien se rappeler du reste qne les solutions de sublimé ordinairement employées dès qu'elles se trouvent en présence d'une sécrétion un peu abondante, leucorrhée, ichor cancéreux, etc., sont très rapidement neutralisées en grande partie et perdent à la fois de leur pouvoir toxique et désinfectant. Ernest Laplace (2) a démontré récemment l'infidélité de cet antiseptique et a recherché les causes et les moyens d'y remédier. Le sel mercuriel est précipité par les matières albuminoïdes en formant des albuminates, d'où la perte rapide du pouvoir antiseptique. Voici quelques-unes de ses expériences : Un tube ouvert contenant 1/25 cent. cubes de sérum naturel reçoit 5 cent. cubes d'une solution de sublimé au 1/1000; ils n'empêchent pas le développement des germes; avec 1/2 cent. cube de sérum on a même des bactéries. Dans un tube contenant 5 cent. cubes de solution de sublimé à 1/1000 avec 1/8e de cent. cubes de sang humain putréfié contenant des bactéries, les microbes pullulent; quelques gouttes de ce mélange cultivées sur la gélatine par la méthode d'Esmarch donnent naissance au bout de cinq jours à de riches colonies de staphylo coccus aureus.

Laplace a trouvé d'autre part qu'il suffisait de rendre acide la solution en y ajoutant 5/1000 d'acide tartrique, pour empêcher la formation des albuminates de mercure, et pour que les essais précédents fussent répétés sans qu'il se développât le moindre germe.

Cette découverte, très importante pour la chirurgie générale, peut être utilisée en gynécologie. Je l'ai mise à profit pour ma part et je n'ai qu'à m'en louer.

Quelques préceptes pratiques, presque vulgaires, doivent trouver ici leur place.

Les injections vaginales, pour être exactement détersives, seront faites suivant certaines règles. L'irrigateur est un mauvais instrument et doit être abandonné. Un récipient quelconque (on en fait de très commodes ayant la forme de grands bocks) muni inférieurement d'un tube armé d'une canule en verre, qu'il est facile de désinfecter, sera fixé à une faible hauteur ou élevé par la main d'un aide. La personne qui donne l'injection place la canule dans le vagin et introduit à côté le médius et l'index qu'elle pousse doucement jusqu'aux culs de sac, et qu'elle promène ensuite en divers sens avec une certaine force sur toute la périphérie du vagin de manière à le déplisser et à le laver exactement. Sans cette manière de procéder, il reste toujours des impuretés et des causes d'infection. Le chirurgien ou son principal aide doit toujours donner ainsi une injection lui-même avant toute opération ; c'est ce que j'appelle *rincer* le vagin.

Pendant la semaine qui précède l'opération, la malade prendra matin et soir une injection de ce genre. Après quoi on placera dans le vagin un petit tampon de gaze iodoformée.

S'il s'agit d'une affection répandant une mauvaise odeur, végétations cancéreuses, corps fibreux sphacelé, etc., on fera précéder l'injection antiseptique d'une injection *désodorante* (qui est en même temps antiseptique à un moindre degré) avec un litre d'eau bouillie additionnée d'une quantité variable de liqueur de Labarraque ou de vinaigre de Pennès.

Quelques remarques sur la gaze iodoformée dont je viens de recommander l'usage.

La gaze iodoformée que nous employons ordinairement est fournie et fabriquée par l'industrie. Elle est sensée contenir 20 ou 30 pour 100 d'iodoforme. Il est préférable, dans un grand service d'hôpital, de la faire préparer par une personne de confiance. C'est à la fois plus économique et plus sûr. On l'obtient en imprégnant une pièce de 10 mètres de gaze hydrophile ou sans apprêt, découpée en morceaux de 1 mètre, avec la solution suivante :

Iodoforme	. .	50 gr.
Glycérine .	. .	100 —
Esprit de vin .	.	700 —

On suspend en l'air dans une pièce isolée et chauffée et l'on fait sécher. On conserve ensuite dans des boîtes de fer blanc bien fermées.

Des expériences curieuses de von Eiselsberg (1) faites à la clinique de Billroth sur la gaze ainsi préparée avec le plus grand soin, lui ont toutefois montré qu'elle contenait très souvent (11 fois sur 30) des germes qu'il était facile de mettre en évidence par la culture. Mais a-t-on pendant une demi-heure avant l'addition de l'iodoforme soumis la gaze à une température de 100 degrés (ce qui est facile en la faisant bouillir), les cultures dans la proportion de 18 sur 20 restent stériles.

Il serait encore préférable assurément de porter la gaze à la température de 120 degrés dans un autoclave (2), de façon à détruire en même temps les germes et les spores. Mais cet appareil n'est pas entre les mains de tout le monde et la stérilisation à l'eau bouillante, si elle n'est pas parfaite théoriquement, paraît rendre des services suffisants en pratique.

On pourrait s'étonner que la présence de l'iodoforme ne suffise pas à neutraliser les germes. Mais il faut se souvenir des recherches de Heyn et Rosving (3). Ils ont mis en évidence ce fait que l'iodoforme *in vitro* n'est pas un germicide, n'est pas même un obstacle au développement des germes: De Ruyter (à Berlin) et Lübbert (à Wurzbourg) (4) sont arrivés aux mêmes conclusions,

(1) Voir sur ce sujet : MIJULIEFF, memoire hollandais analysé in *Centralbl. f. Gynœk.*, n° 35, 1887. — SCHRADER ; in *Berichte und Arbeiten aus der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik zu Marburg*, von Ahfeld ; Bd. 11, p. 180. — HOFFMANN. *Die Vervendung des Sublimats, als Desinficiens in der Geburtshilfe* ; Marburg, 1886. — KELLER. *Zu Sublimatfrage*; in *Archiv. f. Gynœk.*, Bd XXVI, p. 107. — DOLERIS et BUTTE. *Recherches expérimentales sur l'intoxication par le sublimé* in *Nouvelles Annales d'obst. et de gynéc.*, n° 12, 1886. — Otto von HERFF. *Revue critique* in *Centralblatt fur Gynœk.*, n° 36, 1887.

(2) *Saure Sublimat-losung als desinficirendes Mittel und ihre Verwendung in Verbandstoffen* in *Deutschen medic. Wochenschrift*, n° 40, 1887.

(1) V. EISELSBERG. *Loco citato.*

(2) De la stérilisation du coton, de la gaze et de l'eau ; par le Dr L. TRIPIER. (*Progrès médical*, 3 décembre 1887.)

(3) HEYN UND ROSVING (de Copenhague) ; in *Fortschritte der medicin*, n° 2, 1887.

(4) LÜBBERT. *Biologische Spaltpilz-untersuchung*, 1886.

qu'ont encore confirmées les récentes expériences de C. B. Tilanus (1). Est-ce à dire que l'iodoforme *in vivo* ne soit pas un antiseptique, en présence des ferments pathogènes? Nullement. Les recherches de Behring (de Bonn) (2) donnent la solution de cette apparente antinomie selon cet auteur. En présence des leucomaïnes et ptomaïnes l'iodoforme entre en action et les détruit à mesure qu'elles se forment en exerçant sur elles une action réductrice.

Antisepsie du col et de la cavité utérine. — Après les opérations faites sur l'utérus ou sur le col, il est bon de laisser séjourner un antiseptique dans le canal cervical. Je me suis servi de petits bâtonnets composés selon cette formule :

R. Iodoforme pulv. . . . . 20 gr.
Gomme arabique
Glycérine . . . . } aã 2 gr.
Amidon . . . . .

Ces bâtons ont l'avantage d'être très maniables et de pouvoir facilement être poussés très avant dans l'utérus : mais parfois (vu sans doute un défaut dans leur préparation) ils se dissolvent incomplètement et provoquent des coliques par leur séjour. J'ai donc pris le parti d'y renoncer et de saupoudrer simplement le col d'iodoforme ou de laisser à son contact un tampon de gaze iodoformée.

La désinfection des agents qui servent à la dilatation du col est un des points les plus importants de notre étude. Je repousse comme des agents inférieurs le tupelo et l'éponge préparée, pour m'en tenir à la laminaire. Celle-ci a été souvent une cause d'infection faute de précautions suffisantes. On a le choix entre deux procédés pour la rendre antiseptique : soit l'immersion dans une solution concentrée d'acide phénique dans l'alcool (95 d'alcool phéniqué pour 5 d'alcool rectifié), c'est celui qu'a adopté Martin; soit le séjour des tiges dans de l'éther iodoformé, auquel il est bon d'ajouter un dixième d'alcool pour s'opposer à la production d'acide caustique. (Herff de Darmstadt, Doléris, etc). Quel que soit le procédé choisi il faut avant d'employer la laminaire la laver rapidement dans une solution d'acide phénique à 20/1000 ou de sublimé à 1/1000.

Les injections intra-utérines, en gynécologie, sont loin d'avoir les mêmes dangers qu'en obstétrique; il faut pourtant excepter les cas où la cavité utérine est très dilatée et présente, après une opération une large surface cruentée (énucléation de fibromes, curettage d'un adénome ou d'un cancer du corps, etc). Dans ces cas là, en effet, on se trouve dans des conditions qui rappellent un peu celles de l'utérus après l'accouchement au point de vue des facilités d'absorption.

Lorsque la cavité utérine n'est pas notablement dilatée (ex. : après le curettage d'une métrite catarrhale ou hémorrhagique) on pourrait employer sans danger le sublimé à 1/2000, si l'on se sert d'une sonde à double courant en gomme durcie (modèle de Braun). Mais la généralité des instruments étant en métal que le sublimé attaque, (j'emploie pour ma part la sonde Fritsch-Bozeman), il est préférable d'user d'une solution phéniquée à 10/1000. La solution devra être tiède, et on pourra en faire passer un demi litre et même plus. jusqu'à ce que le nettoyage intra-utérin soit reconnu complet d'après l'aspect du liquide qui sort.

Si l'intérieur de l'utérus à besoin d'être énergiquement désinfecté, (comme dans certains cas de fibromes gangrenés, de cancers intra-utérins avec fongosités putrides, etc.) l'injection de sublimé à 1/2000 serait préférable; mais après l'avoir largement pratiquée il faudrait la faire suivre d'une autre irrigation indifférente (intra-utérine) capable d'assurer l'évacuation complète de l'antiseptique toxique : je recommande pour cela l'eau stérilisée au filtre Chamberland ou simplement bouillie, additionnée de 6/1000 de sel marin, ce qui modifie heureusement son pouvoir endosmotique, et irritant en rapprochant sa composition de celle du sérum sanguin. Je fais un grand usage de ce liquide pour les lavages simplement *aseptiques*, toutes les fois que, pour une raison ou pour une autre, l'action des antiseptiques me paraît offrir des inconvénients. (*A suivre*).

(1) C. B. Tilanus. *Münchner med. Wochenschrift*, n° 17, 1887.

(2) Behring. *Deutsche med. Wochenschrifth*, n° 20, 1887.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Note sur la bilatéralité dans la maladie kystique de la mamelle ;

Par G. Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.

Des trois caractères que M. Reclus donne de la maladie kystique de la mamelle, la bilatéralité est celui qu'il est quelquefois le plus difficile de constater, non seulement parce qu'il n'existe pas d'emblée, les deux glandes se prenant généralement l'une après l'autre, mais aussi parce qu'il peut sembler faire défaut, alors qu'il existe réellement. Je viens d'observer deux faits dans lesquels cette bilatéralité, après avoir été constatée d'une manière indiscutable, a semblé disparaître. Le commencement de l'histoire de ces deux malades a été publié dans la thèse de M. Brissé Saint-Macary (1883) et reproduit dans celle de M. Sourice (1887).

Dans le premier fait, il s'agit d'une dame que j'observai pour la première fois en 1882, et qui avait alors 53 ans. Elle portait dans le sein droit une tumeur dont le début remontait à 33 ans environ, et à cette époque le sein gauche me parut complètement indemne. En novembre 1883, instruit par la lecture du travail de M. Reclus, j'examinai avec plus de soin le sein gauche et j'y constatai très nettement, en dehors du mamelon, deux petits grains durs, gros comme des pois, que je regardais naturellement comme étant de nature kystique. Là s'arrête l'observation dans la thèse de M. Brissé Saint-Macary, qui conclut que, dans ces cas, la bilatéralité a mis 33 ans à paraitre.

Il semblerait difficile de regarder comme un caractère constant un signe qui peut mettre 33 ans à paraitre, mais la suite me prouva que l'on pouvait interpréter autrement cette unilatéralité apparente. En effet, le 25 février 1886, ayant de nouveau examiné la malade avec soin, je constatai que la pression en dehors du mamelon gauche était fort sensible, mais il me fut complètement impossible de retrouver les petits grains durs, et je crus avoir pris pour des kystes ce qui n'était que de l'induration mammaire. Au commencement de l'année 1887, je recherchai ces tumeurs et ne les trouvai pas. Le 7 novembre 1887, je sentis de nouveau, de la manière la plus nette, toujours à la même place, c'est-à-dire en dehors du mamelon, une tumeur dure, bosselée, du volume d'une petite noisette, incluse dans la glande, mais parfaitement limitée, indolente à une légère pression. Il ne me parait donc pas douteux qu'il n'y ait là un kyste disparaissant et reparaissant de temps à autre, et il est fort probable que si, lors de mon premier examen, j'ai cru que la lésion était unilatérale, c'est peut-être qu'à ce moment le kyste gauche était af-

fɐissé. — Notons, en passant, que la grosse tumeur kystique du côté droit est toujours à peu près dans le même état et forme maintenant une véritable besace bosselée, qui pend devant la poitrine. L'état général de la malade est toujours bon.

Le deuxième fait est encore plus frappant. Le 3 mai 1880, j'opère, avec le Dr Martin. une femme que je croyais atteinte d'un squirrhe du sein gauche, squirrhe qui n'est autre chose qu'une maladie kystique. La glande droite est alors parfaitement saine. Un an après l'opération, parait dans la partie supérieure du sein droit une boule dure, grosse comme un pois. En janvier 1883 l'aisselle de ce côté présente un ganglion mobile, gros comme un haricot; en septembre 1883, la tumeur, jusque-là indolente, devient très douloureuse spontanément ou à la pression; enfin, vers la fin d'octobre 1883 j'examine la malade avec le Dr Martin, et nous constatons qu'il existe dans la partie supérieure du sein droit une tumeur parfaitement mobile, du volume d'une mandarine, aplatie, à surface bosselée, de consistance ligneuse, dans le reste de la glande on sent un grand nombre de petits grains durs. Telle est, en quelques mots, l'observation qui se trouve dans la thèse de M. Brissé Saint-Macary.

Le 27 octobre 1887, c'est-à-dire trois ans plus tard, j'ai revu la malade, et après l'avoir examinée avec le plus grand soin, j'ai constaté que la tumeur du sein droit avait bel et bien disparu. La malade ne peut nous dire à quelle époque a eu lieu cette disparition, elle s'en est d'autant moins aperçue que la place où siégeait la tumeur, c'est-à-dire la moitié supérieure du sein est restée très douloureuse; elle est de temps en temps le siège d'élancements aigus et elle est toujours très douloureuse à la plus légère pression. Mais l'examen le plus attentif ne montre plus trace de tumeur. Il y a bien çà et là de petits grains un peu plus durs, mais pas plus au niveau de l'ancienne tumeur qu'ailleurs. Si l'examen était fait en ce moment pour la première fois, on croirait avoir affaire à une mamelle douloureuse, et si la malade donnait des renseignements, à une tumeur imaginaire. — Le ganglion axillaire a toujours le même volume, c'est-à-dire celui d'un haricot. L'état général est resté aussi bon. La cicatrice du côté gauche est irréprochable.

Voilà donc deux cas dans lesquels des kystes de la mamelle ont pu disparaître, au point de faire croire que la glande dans laquelle ils se trouvaient était complètement saine. M. Reclus a cité des faits fort analogues, il a vu des kystes très tendus à un moment, s'affaisser ensuite. Que le liquide au lieu de diminuer soit entièrement résorbé, et au lieu d'un simple affaissement nous avons une disparition du kyste. Si j'ai signalé cette disparition complète, c'est qu'elle m'a paru avoir une certaine importance clinique, puisque sans la connaissance de ces faits, on pourrait nier la bilatéralité alors qu'elle existe réellement.

Y a-t il un moyen de reconnaitre s'il existe des kystes alors que leur contenu a disparu? Dans mes deux cas, la pression sur le kyste vide était extrêmement douloureuse, tandis que sur le kyste plein, elle l'était moins. Peut-être y a-t-il là un moyen de diagnostic. Je dois toutefois noter que mes deux malades sont des névropathes, et il est difficile de savoir quelle est la valeur réelle des sensations douloureuses qu'elles éprouvent. J'ajouterai qu'il y a peut-être dans le petit fait que je signale ici, une explication de certaines névralgies de la mamelle et de prétendues tumeurs imaginaires.

CLINIQUE NERVEUSE

Ancienne observation d'éternuements névropathiques dans l'hystérie;

par Pierre MARIE.

Ayant eu récemment des recherches bibliographiques à faire dans les Bulletins de l'Académie des Sciences de Stockholm, j'ai trouvé, d'une façon toute fortuite, l'observation suivante qui m'a paru intéressante à reproduire, tant à cause de la date de sa publication (1772) que de la précision des détails.

Eternuement violent guéri par le Kina; par P. Jon. Bergius. (*Mémoires de l'Académie de Stockholm*, traduits par de Kéralio, 1772, p. 298).

« Une servante âgée d'environ 26 ans était sujette à de fréquents maux de tête et de dents, à l'enchifrènement. Elle avait ordinairement peu d'appétit, quoique son genre de vie fût très réglé. Durant tout l'hiver elle fut tourmentée alternativement de tranchées et de crampes dans les bras et dans les doigts. Un chagrin qu'elle avait eu lui paraissait être la cause principale de ses maux; elle eut au printemps une attaque de mal de tête qui fut suivie d'enchifrènement, d'écoulement des yeux et de faibles éternûments. Ils augmentèrent après trois jours et revinrent par accès précédés de palpitations, d'angoisses, d'inquiétudes, de chaleur sous le sternum et à l'orifice gauche de l'estomac, qui lui annonçaient le paroxisme et même sa force. Ils étaient suivis d'une espèce de nausée qui parut toujours venir de l'orifice de l'estomac, sans qu'il y eût jamais le moindre vestige de l'irritation que suit l'éternûment ordinaire. Dans les premiers jours l'accès eut des heures réglées qui furent neuf heures du matin, midi et six heures du soir. Il durait une heure et quelquefois deux : le pouls était sans fièvre. On a compté dans un accès dix-huit cent vingt éternûments (1), en d'autres de six à huit cents et quelquefois moins; à la fin de chaque paroxisme la malade étant en sueur, extrêmement lasse; elle tombait quelque fois en faiblesse, et restait longtemps sans mouvement.

On la fit saigner; on lui appliqua les vésicatoires entre les épaules; on lui donna la décoction de tamarins avec feuilles de séné, un forte poudre camphrée, des opiates; on lui fit respirer la fumée de résine, d'ambre, de lait. Le seul effet de ces remèdes fut de calmer un peu le mal de tête. La maladie avait des paroxismes et se terminait par la sueur. Il est vrai que les accès ne commençaient ni par frissons, ni par baillement, que l'urine ne déposait point, et que la sueur paraissait n'être qu'une suite de la grande lassitude. Cependant le médecin essaya le kinkina. Ce remède fit cesser l'éternûment en peu de jours, et la malade se rétablit.

Elle fut en bonne santé durant tout l'été et l'automne suivant. Dans l'hiver elle éprouva un chagrin qui renouvella tous ses accidents; mais les accès furent beaucoup plus doux, et cessèrent après quatorze jours, sans qu'on ait employé le kina. La maladie dégénéra en fièvre accompagnée d'élancements dans la poitrine, et de tiraillements dans les bras et dans les jambes. Ces accidents passèrent aussi et furent suivis de l'enflure des jambes. Il est vraisemblable que la principale cause de la maladie était le chagrin : on peut le conjecturer d'après les symptômes histériques, dont les paroxismes ont toujours été accompagnés. L'éternûment lui-même, eu égard à la violence du spasme paraît avoir été histérique. Il est remarquable que l'irritation ne commençait pas au nez et au sinus frontal, mais au diaphragme. »

Pour remonter à une centaine d'années cette observation, comme on le voit, n'en est ni moins bien prise, ni moins intéressante.

A côté de renseignements précis sur les caractères de cet éternûment, absence d'inflammation de la pituitaire, durée, nombre etc... on y trouve une série de remarques

(1) Pendant mon clinicat dans le service de M. le prof. Charcot, j'ai eu l'occasion d'observer une hystérique dont l'histoire a été rapportée par Souza-Leite (*Arch. de Neurol.*, IX, p. 53) chez laquelle on 22 jours on compta 16,195 éternuements.

fort justes qui déterminent à merveille la nature hystérique de ces éternûments : phénomènes d'aura, au début, mode d'apparition par paroxysmes et à des heures régulières, peut-être perte de connaissance à la suite des éternûments, tout cela n'est-il pas essentiellement hystérique, et du reste P. Jon. Bergius ne s'y est pas trompé, il le dit en propres termes.— L'hystérie d'il y a cent ans, fût-ce même en Suède se comportait donc déjà exactement comme elle se comporte aujourd'hui. Cette démonstration n'était d'ailleurs plus à faire après les travaux de MM. Charcot et Richer. — Relevons encore une autre analogie, cette tendance des manifestations hystériques à se laisser guérir par le médicament à la mode; c'était alors le quinquina..... combien y en a-t-il eu d'autres depuis!

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la contusion du pavillon de l'oreille.

La contusion du pavillon de l'oreille est le froissement, l'écrasement même des tissus qui le composent. Comme sur toutes les parties du corps, elle a des degrés variables ; mais ici elle présente, à cause de la nature de la partie atteinte, des particularités sur lesquelles nous allons insister.

D'après l'anatomie pathologique, nous considérons deux formes distinctes :

a. — La contusion aiguë.

b. — La contusion chronique.

Contusion aiguë. — Dans la forme légère, il y a seulement de la congestion du derme. Dans la contusion un peu forte, les vaisseaux, le tissu cellulaire sous-cutané sont plus ou moins déchirés, et il y a des extravasations sanguines mal limitées. Enfin quand la contusion a été très énergique, il y a lésion du fibro-cartilage, décollement du périchondre et épanchement sous-périchondral ou inter-cartilagineux. Cependant un épanchement, même assez considérable, peut avoir lieu sans traumatisme énergique.

Contusion chronique. — Le pavillon est modifié dans ses couches superficielles ou profondes. Le derme, le tissu cellulaire sous-cutané, le fibro-cartilage lui-même sont le siège d'une hypérémie plus ou moins saine. Une partie du sang extravasé se résorbe tandis que l'autre forme du tissu cicatriciel qui donne aux tissus plus d'épaisseur, moins de souplesse et les déforme en se rétractant, Le cartilage est ramolli (chondromalacie) ou a subi la transformation cicatricielle. On y trouve aussi des vaisseaux athéromateux.

Nous avons dit tout à l'heure qu'il y avait quelquefois des épanchements sanguins dont le volume varie beaucoup. On leur donne le nom d'ecchymoses s'ils sont très circonscrits. On leur réserve, au contraire, celui d'hématome (Wein) ou d'hématocèle, ou de kyste séro-sanguin (Broca) quand la quantité de sang épanché est plus considérable.

Symptômes.— La contusion légère détermine peu de douleurs et ne produit qu'une hypérémie insignifiante du derme donnant à la peau une coloration rouge qui disparaît rapidement. La contusion plus forte cause des douleurs lancinantes ou un simple engourdissement. La peau étant le siège d'une hypérémie plus forte, est plus rouge, et il n'est pas rare d'y voir des taches rouges, irrégulières, assez mal limitées, dues à des extravasations sanguines qui se répandent aussi dans le tissu cellulaire sous-cutané. Dans la contusion chronique il y a de la chaleur, de la tension, un engourdissement passager ou à peu près permanent, et parfois des douleurs lancinantes de peu de durée. La peau est très congestionnée, d'un rouge violacé, sillonnée par des vaisseaux assez dilatés. Elle a une surface rouge, lisse, luisante dans certains points, terne sur d'autres parties rendues un peu rugueuses par des lamelles dues à l'exfoliation active des couches cornées de l'épiderme.

L'othématome traumatique détermine généralement des symptômes peu accusés. Le malade ressent seulement dans cette partie de l'organe des démangeaisons, de la chaleur, de la cuisson, un certain degré de tension et des douleurs lancinantes qui prennent parfois une certaine intensité au moment du travail inflammatoire développé pendant la résorption de la collection sanguine. L'othématome spontané produit à peu près les mêmes symptômes, mais à un degré beaucoup moins prononcé. La tumeur apparait ordinairement à la face externe du pavillon (Bird (1), Ferrus (2), Heyfelder (3), Jarjavay (4), Merland (5), etc...), rarement à sa face mastoïdienne (Rau) (6). très exceptionnellement à ses deux faces (Castelain) (7). On la rencontre plus spécialement dans la fossette scaphoïde, dans la conque. Mais elle peut occuper tous les points du cartilage moins le lobule. D'abord petite et du volume d'une lentille, puis plus grosse au bout de deux ou trois jours, elle n'acquiert parfois son volume maximum qu'en 8 ou 10 et même en 20 ou 40 jours. A mesure que l'épanchement augmente, la forme du pavillon change, parce que la plupart des saillies et des dépressions ne forment plus qu'une convexité ayant la grosseur d'une noisette mais pouvant atteindre celle d'un œuf de poule. Quand la tumeur est petite, elle occupe seulement une partie de l'anthélix ; lorsqu'elle acquiert un volume considérable, toutes les anfractuosités et les saillies du pavillon ont disparu à peu près complètement et l'hélix est bossué, déformé. Il n'y a guère que le lobule qui ne participe pas à la déformation générale.

Généralement l'othématome essentiellement traumatique occupe plus volontiers toute la face externe du pavillon et peut même oblitérer le conduit. Celui qui est spontané ou passe pour tel se rencontre plus fréquemment à la conque ou dans la fosse scaphoïde ; il a aussi moins d'étendue que le premier. La peau recouvrant la tumeur est lisse, luisante ; elle a ordinairement une couleur ardoisée ou violacée qui disparaît par la pression mais réapparaît dès que celle-ci n'existe plus.

La température du pavillon affecté est souvent plus élevée que celle de l'autre, parfois égale.

En palpant une tumeur récente, on perçoit une résistance assez ferme, mais vers le quatrième jour elle est assez souple et donne à la main qui la presse une sensation de fluctuation plus manifeste à son centre qu'à sa

(1) Bird. *Journ. de chir. de Graefe*, t. XIX. Berlin, 1833.
(2) Ferrus. *Gazette des hôpitaux*, 1838.
(3) Heyfelder. *Alt. de hematomatae auricul.* In *dissert. Halle*, 1849.
(4) Jarjavay. *Anat. chir.*, 1852, t. I, p. 521.
(5) Merland. Thèse Paris, 1853.
(6) Rau. *Traité Berne*, 1859.
(7) Castelain. *Bull. méd. du Nord de la France*, 1870.

*

périphérie où il se produit parfois de la crépitation. Cette fluctuation diminue peu à peu à mesure que s'effectue la résorption et est remplacée par une crépitation plus nette.

Les fonctions de l'organe ne subissent généralement aucune atteinte. Pour que le contraire arrive, il faut que la tumeur ferme la lumière du conduit ou qu'un traumatisme ait déterminé des lésions autres que celles du pavillon. Dans le premier cas, l'audition redevient telle qu'avant l'accident; au contraire, dans le second, elle peut rester plus ou moins compromise suivant la nature et la profondeur des lésions.

On a voulu considérer l'othématome comme un symptôme d'incurabilité de la folie ou du passage de l'état aigu à l'état chronique. Elle n'a pas cette importance, car un état pathologique cérébral a pu disparaître comme dans la manie aigue, et la guérison être complète alors que le sujet avait été atteint d'une tumeur sanguine pendant le cours de sa vésanie. Nous avons constaté de plus, dans la plupart des auteurs, que l'othématome survenant indistinctement à peu près dans le cours de toutes les affections mentales, il était impossible de lui donner beaucoup de valeur au point de vue du diagnostic différentiel et du pronostic de ces malades.

Marche, durée, terminaisons. — La contusion aiguë légère a généralement une marche rapide et se termine d'ordinaire au bout de quelques jours sans laisser de traces. Celle qui est plus forte peut déterminer la formation de foyers sanguins ou une inflammation assez vive pour produire une élimination plus ou moins grande du pavillon.

La contusion chronique a une marche d'autant plus rapide qu'elle est plus fréquemment répétée et plus énergique, comme chez les lutteurs ou des gens portant des fardeaux sur l'épaule, etc. Elle produit la déformation plus ou moins grande, le recoquevillement du pavillon, ainsi que nous allons le dire, à propos de l'hématome.

Les épanchements de sang que l'on observe dans la contusion aiguë ou chronique se résorbent au bout de quelques jours quand ils ont peu d'abondance. S'ils sont plus abondants et méritent le nom d'othématome, ils ont une marche variable dépendant de la quantité de sang épanché et l'état général du malade. La tumeur a atteint ordinairement son volume en 2 ou 3 heures, parfois en un temps beaucoup plus long.

Abandonnée à elle-même, la collection sanguine reste généralement stationnaire pendant une à quatre semaines. Au bout de ce temps, elle se comporte différemment suivant son volume. Petite, elle diminue lentement et disparait sans laisser de traces bien visibles ou avec une déformation légère. Moyenne ou volumineuse, elle peut se résorber ou s'ouvrir spontanément, mais la partie atteinte reste épaissie par les produits néoplasiques qui s'y sont formés en quantité plus ou moins grande. Il en résulte une rétraction cicatricielle qui fait subir de grandes modifications au pavillon et le change en masse informe surtout si le traumatisme a été répété un certain nombre de fois. Dans tous les cas, la couleur violacée de la peau diminue lentement et redevient normale ou prend une teinte blanche très nette qui dépend de la prolifération de tissu conjonctif et de l'anémie locale consécutive à la diminution du calibre des vaisseaux (Bird).

La collection sanguine se fait-elle jour spontanément, on la voit s'ouvrir à sa partie la plus saillante et donner issue à du sang noir coagulé. La tumeur s'affaisse et les parois peuvent se cicatriser par première intention; mais elles suppurent ordinairement avec ou sans destruction d'une partie ou de la totalité du pavillon, ainsi que Gruber l'a observé une fois.

Quand le kyste sanguin a été ouvert artificiellement, les parois s'enflamment, suppurent et se cicatrisent après un temps variable en laissant une déformation plus ou moins grande.

Il peut arriver, comme l'a observé Castelain, que l'épanchement se forme sur les deux faces du pavillon et que le fibro-cartilage privé de ses moyens de nutrition se mortifie et s'élimine dans une étendue plus ou moins grande en rendant méconnaissable cette partie de l'oreille. Ainsi Chimani a vu un malade chez lequel un des pavillons était réduit au tragus, à l'anti-tragus, au lobule et à une petite partie de l'hélix.

Dans quelques cas, on voit se former des dépôts calcaires à la face libre du fibro-cartilage. Exceptionnellement celui-ci subit une transformation calcaire plus ou moins complète.

Etiologie. — Le pavillon par sa position découverte est exposé à l'action des agents extérieurs. Il s'y dérobe souvent parce qu'il est généralement protégé contre le froid par la coiffure ou à cause de son élasticité et de la facilité avec laquelle il cède aux chocs. Néanmoins il est assez fréquemment le siège de contusions ou d'épanchements sanguins survenant sous l'influence de causes multiples que nous allons énumérer.

Le traumatisme a été constaté de toute antiquité puisque les sculpteurs Grecs et Romains n'ont pas manqué de donner comme ornement plastique aux oreilles de leurs demi-Dieux ou de leurs athlètes célèbres, tels que Hercule, Hector, Castor et Pollux, la déformation consécutive à l'hématome. Gudden, Winkelmann, en visitant la dactyliothèque de Munich où se trouvent des statues de la sculpture antique, Prat en examinant des médailles et des statues remontant à l'époque Romaine, ont vu de pareilles déformations sur des pavillons de têtes d'athlètes.

On a observé autrefois beaucoup d'hématomes dans les asiles d'aliénés. Ils sont plus rares depuis que les malades sont bien traités. Ainsi à l'hospice de l'antiquaille de Lyon, en 1859, ces tumeurs sanguines se produisaient à certains intervalles et cessaient brusquement après le renvoi de quelques infirmiers. Ce qui démontre que les sujets affectés étaient saisis par les oreilles pour être corrigés ou conduits à leur place. Des frottements répétés (Belhomme), une traction de l'oreille par un maître d'école (Mallez (1), Stiff (2), Sander (3), un soufflet, un coup (Chimani) peuvent produire aussi une tumeur sanguine.

(1) MALLEZ. Thèse de Paris, 1858.
(2) STIFF. *Med. ch. Review*. XXI, p. 222
(3) SANDER. *Zeit. fur prat. Heilk.*, 1862.

L'oreille gauche est la plus ordinairement atteinte, parce que celui qui frappe, à moins d'être gaucher, se sert généralement du bras droit pour attaquer son adversaire ou corriger quelqu'un.

On observe plus rarement des contusions chez la femme que chez l'homme, probablement parce que le pavillon est moins exposé aux causes extérieures et est généralement protégé par les cheveux et la coiffure.

Le froid peut prédisposer à l'hématome, soit qu'il agisse directement sur le pavillon (Jung, de Leubus) (1), soit qu'il ait d'abord produit des engelures (Guéniot, Le Dentu).

Nous même nous avons constaté cette dernière cause unie au traumatisme chez un de nos malades, âgé de 12 ans. Cet enfant était souvent affecté d'engelures aux pieds, aux mains et aux oreilles. Il avait l'habitude de répéter ses leçons debout, devant le maître d'école qui lui tirait l'oreille lorsqu'il répondait mal, ce qui lui arrivait souvent. Après une traction plus forte que d'habitude, il survint au pavillon gauche une tumeur hématique volumineuse pour laquelle il vint nous consulter quelques jours après l'accident.

Les épanchements sanguins du pavillon ont des causes locales, ainsi que nous venons de le dire, mais on les voit aussi se produire à la suite de la dégénérescence des vaisseaux survenant par suite des progrès de l'âge ou de modifications pathologiques du système nerveux central, ainsi que le prouvent les expériences de MM. Brown-Séquard (2) et Baratoux (3).

Ainsi, l'othématome survient chez des aliénés et ne peut être attribué qu'à l'affection des centres nerveux (Cossy (4), Heinderich (5), Fischer) (6). Il survient principalement chez les paralytiques généraux qui ont fréquemment une congestion permanente des pavillons parfaitement en rapport avec celle des méninges cérébrales. Christian et Houdoux ont pensé que l'othématome coïncidait avec une tumeur pareille de la dure-mère. C'est ce que Christian a reconnu par l'autopsie chez un paralytique général. Nous croyons qu'il s'agit là d'un fait exceptionnel. Mais rien ne s'opposerait à ce qu'il en fut ainsi chaque fois, d'après les expériences physiologiques faites sur le trijumeau, le bulbe et le grand sympathique.

Dumesnil, Nicol, Kuhn croient qu'un état cachectique peut avoir une influence sur la production de l'hématome; mais il ne paraît pas bien actif, si l'on s'en rapporte à l'observation du malade de Stiff. Ce jeune malade eut un hématome, non pas au moment de l'affaiblissement consécutif au jeûne qu'il s'était imposé, mais, lorsque devenu plus raisonnable, il prenait des aliments et que son état général était devenu satisfaisant.

D'après ce qui précède, les auteurs sont d'accord sur les causes de la contusion ; mais ils sont très divisés sur celles de l'othématome. Les uns l'attribuent à une cause locale ; les autres à une cause interne ; d'autres aux deux causes réunies : la première agissant comme occasionnelle et la seconde comme principale. C'est à cette dernière opinion que nous nous rangeons.

(1) Jung. *Ann. méd. psych.*, 1863.
(2) Brown-Séquard. *Acad. de méd.*, 6 mars 1869.
(3) Baratoux Thèse Paris, 1881.
(4) Cossy. *Arch. gén. de med.*, 2e série, t. XV, 1812.
(5) Heinderich. *Annuaire de Cannstatt*, 1843.
(6) Frantz-Fischer. *Journ. de Damerow*, 1er cahier, 1848.

Pathogénie. — Les contusions, les ecchymoses et les petits épanchements sous-cutanés s'expliquent très bien par le traumatisme et ne laissent aucun doute sur leur origine.

Toute inflammation répétée, toute pression, tout froissement énergique et souvent renouvelé, n'agissent évidemment que par la congestion qu'ils déterminent et les modifications consécutives des tissus.

Pour se rendre compte de la cause interne et la rapporter au système nerveux, il n'y a qu'à se rappeler les expériences prouvant que l'oreille entière est sous l'influence trophique du trijumeau, du bulbe et du grand sympathique cervical (1). Par conséquent, on ne doit pas s'étonner s'il survient un hématome d'emblée ou mieux sous l'influence d'un traumatisme, même faible, alors que consécutivement à des troubles de l'innervation, il est survenu des changements de nutrition et des modifications dans le fibro-cartilage du pavillon. C'est ce qui arrive aux aliénés et en particulier aux paralytiques généraux. On expliquerait aussi facilement la formation de l'hématome chez les hystériques par les troubles vasomoteurs profonds et le traumatisme des pavillons qui peut très bien se produire pendant un accès. On se rendrait aussi compte d'othématomes sous l'influence des autres causes que nous pourrions énumérer sans grand intérêt.

Dans un prochain numéro, nous terminerons l'histoire de la contusion du pavillon de l'oreille.

Miot et J. Baratoux.

(1) Miot et Baratoux. *Trait. des maladies de l'oreille*, 1884, p. 107. — Baratoux, *Pathogénie des affections de l'oreille*, p. 55.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 janvier 1888. — Présidence de MM. Sappey et Hérard.

M. Sappey invite M. Hérard à prendre le fauteuil de la présidence et résume les travaux accomplis par l'Académie durant l'année 1887.

MM. Le Roy de Méricourt et Vallin sont nommés membres de la commission chargée d'étudier la pelade.

M. Hervieux, à l'occasion d'une lettre adressée à l'Académie par M. Longo (de Bordi), relativement à l'*inoculation de la variole en Kabylie*, conseille la création d'une ou de plusieurs étables sur le territoire algérien, afin de s'épargner le double échec auquel ne manquerait pas d'aboutir l'interdiction de l'inoculation variolique et l'obligation de la vaccine dans les pays kabyles.

M. Rochard, à l'occasion d'une observation envoyée par M. Poncet (de Lyon) et relative à la *ligature de l'iliaque interne*, fait remarquer que cette observation est la treizième de ce genre.

M. Poncet (de Lyon) fait une communication sur *la transparence des tumeurs solides*. La plupart des tumeurs solides ne laissent passer aucun rayon lumineux et ne sont pas translucides, mais dans quelques circonstances la transparence existe, surtout aux doigts, au poignet. Ce signe n'a donc pas la valeur diagnostique qu'on lui reconnaît; il peut être une cause d'erreur, et, dans les cas en question, le diagnostic est nécessairement incertain.

M. Riche fait une communication pour démontrer l'*innocuité du nickel*. Cette communication est basée sur une série d'expériences. Or la quantité extrêmement minime de sels de nickel que contiennent les aliments cuits dans des vases de ce métal n'est nullement dangereuse pour

l'homme. Le nickel employé dans l'art alimentaire n'est pas plus nuisible que le fer, dont il se rapproche au point de vue clinique.

M. Richelot communique un cas de persistance du canal de Nuck avec hydrocèle réductible.

M. Laffont lit une note sur *l'analyse physiologique de l'action de la cocaïne.* La cocaïne a une action très excitante sur les filets constricteurs du système nerveux grand sympathique et active la circulation de tous les muscles à fibres lisses. Elle accroît l'excitabilité encéphalo-médullaire et respecte la fonction des troncs nerveux sensitifs; elle inhibe les terminaisons des nerfs sensoriels et de sensibilité générale. La cocaïne est un curare sensitif.

M. Paulier présente des cerveaux humains conservés d'après un procédé qu'il n'a pas encore révélé.

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Proust sur les titres des candidats à une place de correspondant étranger. La commission présente : en première ligne, M. Magnus Huss (de Stockolm); en deuxième ligne, M. Botkine (de Saint-Pétersbourg); en troisième ligne, M. Vanlair (de Liège).

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier 1887. — Présidence de M. Lannelongue.

M. Terrier a demandé à M. Pasteur si l'ébullition détruisait toutes les spores nuisibles pour l'homme, que contient l'eau. M. Pasteur est d'avis que oui, mais après l'ébullition, il reste des spores qui peuvent ne pas être indifférentes. Il croit bon de filtrer l'eau au filtre Chamberland, puis de la faire bouillir.

M. Terrillon pense qu'on n'a pas besoin d'autoclave quand l'eau a été filtrée et bouillie.

M. Polaillon croit qu'il vaut mieux employer une eau bouillie et filtrée, mais additionnée d'un centième d'acide phénique.

M. Berger fait un rapport sur une observation de M. Ovion (de Boulogne) : *Etranglement interne, laparotomie, mort.* Il s'agissait d'un garçon de 10 ans qui, à un moment donné, présenta des coliques, des vomissements, etc. Le deuxième jour des accidents, administration d'un purgatif qui fut rendu. Le cinquième jour, ventre ballonné, douloureux. On fait le diagnostic d'étranglement interne. Le sixième jour, laparotomie. On trouva une péritonite, puis en un point une torsion de l'intestin sur lui-même. Les adhérences intestinales furent libérées, le volvulus détruit; pendant vingt-quatre heures l'amélioration fut notable, mais la mort survint bientôt par péritonite septique généralisée. M. Ovion se demande si on n'aurait pas dû intervenir plus rapidement. M. Berger répond qu'on ne pouvait le faire qu'après avoir posé le diagnostic d'étranglement interne. Le drainage du péritoine, à cause de la péritonite antérieure, n'aurait rien donné de plus.

M. Berger fait une très longue communication à propos d'un rapport sur deux cas de *pertes de substance traitées par l'autoplastie* (méthode italienne modifiée) envoyés à la Société par M. Poncet (de Lyon). 1re *Obs.* Jeune fille de 15 ans, perte de substance par suite d'une brûlure à la face externe de la jambe (partie inférieure). On prit un lambeau dans la région fessière correspondante, le fixa par des sutures, la jambe étant placée dans la flexion forcée. 8 jours après on sectionna une moitié du pédicule du lambeau fessier, puis le 12e jour la seconde moitié. La cicatrisation de la plaie de la fesse demanda 7 à 8 semaines. La sensibilité dans le lambeau transplanté reparut le 8e jour et fut constatée égale à celle de la jambe. Succès complet. — 2e *Obs.* Jeune homme de 20 ans, perte de substance au niveau de l'olécrane; un lambeau fut pris sur le tronc. On sectionna en deux fois le pédicule, le 8e et le 13e jour; une petite plaque de sphacèle se montra à la pointe du lambeau; quelques greffes épidermiques permirent d'avoir une cicatrisation complète. La sensibilité ne revint dans le lambeau transplanté que très tardivement, au bout de 6 mois. M. Berger, à propos de ces deux cas, fait l'historique de cette méthode nouvelle d'autoplastie et cite les nombreuses observations publiées par les auteurs, ainsi que son expérience personnelle. Cette méthode agrandit le domaine de la chirurgie, quoique ses indications soient assez restreintes. Elle est seule applicable dans certains cas, par exemple dans les pertes de substance siégeant près des articulations, au niveau de l'extension ; dans les cas où il faut détruire des cicatrices vicieuses et où il faut ajouter absolument des téguments aux membres ; dans les cas de pertes de substance siégeant au visage, car les autres méthodes ne font souvent, alors même qu'elles donnent un bon résultat, qu'exagérer la difformité première. Le principal inconvénient de la méthode italienne modifiée, c'est la nécessité d'une immobilité absolue pour le membre sur lequel est pris le lambeau ; signalons en outre la situation gênante que le membre auquel on emprunte le lambeau doit garder pendant quelque temps. Pour remédier à ces inconvénients, il faut se servir d'appareils maintenant bien les parties en place, de valves plâtrées, l'opération une fois terminée. Il faut aviver la perte de substance à combler, de façon à enlever toute la surface granuleuse et ne pas se borner à la gratter. M. Berger ne croit pas utile de dégraisser le lambeau, car en opérant ainsi, on enlève des vaisseaux. La présence du tissu adipeux n'empêche pas l'adhésion du lambeau ; il sert au contraire de tissu cellulaire sous-cutané. Les sutures doivent être solides et ne pas être faites au catgut. Ordinairement il ne pas fait de suture profonde et ne recourt pas à la *suture des matelassiers*, recommandée par les Allemands, sauf quelquefois dans la partie qui est voisine du pédicule. Un certain degré de compression est nécessaire et suffit d'ailleurs pour assurer l'addhésion des parties. Il a aujourd'hui l'habitude de réunir directement par la suture la plaie qu'on a produite pour avoir un lambeau. La section du pédicule ne doit être faite ni trop tôt ni trop tard ; l'époque la plus favorable est du 12e au 15e jour.

M. Lucas-Championnière montre un malade auquel il a fait la ligature de l'astère poplitée seule pour un anévrysme artério-veineux avec tumeur du creux poplité. Il a fait la ligature au-dessus et au-dessous du sac avec deux fils en haut et deux en bas. Réunion par première intention et sans élimination du catgut. Quand on a un catgut approprié, spécialement préparé, les choses se passent toujours ainsi (cas de Lister, etc.), On n'a rien à craindre.

Elections. — Election d'un membre titulaire de la Société : M. Reynier est nommé, par 22 voix contre M. Routier, 5 voix, M. Prengrueber, 3 voix.—Election de deux associés étrangers: MM. Bryant et Holmes (de Londres) sont nommés à l'unanimité. — Election de deux correspondants étrangers : MM. Cecchereli (de Parme) et Gory (d'Amsterdam) sont nommés à l'unanimité. — Election de quatre correspondants nationaux : Au premier tour de scrutin, sont nommés MM. Poncet (de Lyon) et Bousquet, le premier par 27 voix sur 29, le second par 15 voix; au deuxième tour de scrutin, sont nommés : MM. Cauchois (de Rouen) et Houzel (de Boulogne), par 22 voix le premier, 19 voix le second.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 décembre 1887. — Présidence de M. Collin.

M. E. Trélat admet les conclusions générales de M. Wallon sur *l'aération des classes par les vitres perforées.*

M. Herscher a entrepris des expériences analogues à celles de M. Wallon, et il a trouvé les mêmes résultats. Les vitres perforées ont l'avantage de supprimer les prises d'air ordinaires qui traversent les murs et qui coûtent plus cher que les vitres perforées.

M. Mosny lit une note sur « *la fièvre typhoïde à Vienne.* » La fièvre typhoïde est devenue une rareté à Vienne depuis l'époque où la municipalité a créé des services d'eau suffisants. En 1877, il y eut une forte épidémie de fièvre typhoïde dans les quartiers où on dut distribuer au lieu d'eau de source, de l'eau du Danube; les quartiers alimentés avec de l'eau de source furent épargnés.

M. Chantemesse répond à la communication de M. Beschmann *relative à la fièvre typhoïde.* M. Beschmann dans ses tableaux, compte la mortalité au moment où la ville distribue l'eau de Seine. Ce n'est pas les jours suivants qu'il faut rechercher si la mortalité par fièvre typhoïde a augmenté, c'est

un mois plus tard, alors que la fièvre typhoïde a eu le temps d'éclater et d'évoluer en partie. Si on regarde la mortalité 20 à 30 jours après que l'eau de Seine a été distribuée à certains quartiers, on reconnait aisément que les morts par fièvre typhoïde sont beaucoup plus considérables. Enfin les statistiques montrent bien qu'il y a une augmentation de fièvre typhoïde chaque fois que l'eau de Seine remplace l'eau de source.

M. BROUARDEL réfute, comme M. Chantemesse, les tableaux de mortalité dressés par M. Beschmann. Si la mortalité par fièvre typhoïde persiste après que l'eau de source a été rendue à la population c'est que les tuyaux ont été contaminés par l'eau de Seine. Quatre semaines après la suppression d'eau de Seine, on peut, par les cultures, trouver dans les réservoirs, des bacilles typhiques qui y ont été apportés par l'eau de Seine. Il n'est donc pas étonnant que la fièvre typhoïde ne disparaisse pas en même temps que l'eau n'est plus donnée à la population.

M. BESCHMANN.—La ville donne de l'eau de Seine,paree que l'eau de source n'est pas en quantité suffisante. Il est évident qu'il serait préférable de ne donner que de l'eau de source. En 1884, la ville a acheté des sources nouvelles qui donneront 240,000 mètres cubes d'eau de source, mais en attendant que ces eaux soient amenées à Paris, on est obligé de donner de l'eau de Seine. En ce moment il y a une augmentation de la fièvre typhoïde et cependant il n'y a pas eu de substitution d'eau. Puisque sans changement il peut y avoir une épidémie, on ne peut pas conclure que l'épidémie soit un résultat certain de la substitution. M. Beschmann regrette que le corps médical répande dans la population des craintes fâcheuses en exagérant les dangers de l'eau de Seine.

M. BROUARDEL. — C'est en effrayant la population que nous parviendrons à donner l'éveil, à être écoutés, et à obtenir que la ville de Paris soit pourvue d'eau de source en quantité suffisante pour les besoins de la population. M. Brouardel s'élève contre cette manière d'analyser l'eau, qui consiste à trouver telle eau supérieure à telle autre, parce qu'elle contient moins de microbes. Ce n'est pas le nombre de microbes qu'il importe de connaître dans une eau, c'est la qualité et la spécificité de ces microbes. Il regrette que la ville ait installée la nouvelle prise d'eau de Seine à Grenelle, au lieu de la puiser en amont de Paris.

La Société procède à l'élection du bureau pour l'année 1888 : *Président* : M. le professeur Grancher. — *Vice-présidents* : MM. Bouvard, Hudelo, Lagneau, E. Perrin. — *Secrétaire général* : M. Napias.

MARTHA.

REVUE D'OPHTALMOLOGIE

I. — Mort de Giraud-Teulon.
II. — Annales d'Oculistique ; par MEYER (sept., octobre, 1887).
III. — Recueil d'Ophtalmologie ; par GALEZOWSKI (sept., 1887).
IV. — Revue générale d'Ophtalmologie ; par DOHRN et MEYER (sept., 1887).
V. — Irido-choroïdite suppurée dans les leucomes ; par DESPAGNET.
VI. — Centralblatt de Hirschberg (sept. et oct., 1887).
VII. — Paralysie de la 3e Paire ; par WESTPHALL.

I. La science ophtalmologique a perdu en France un de ses représentants les plus autorisés. Giraud-Teulon est mort subitement, après une vie de labeur et d'études consacrée en grande partie à la vulgarisation de l'ophtalmologie. Il fut à Paris pendant longtemps le seul représentant français des hautes recherches d'optique physiologique. Il rachetait par la cordialité de ses relations avec ses élèves les difficultés d'exposition inhérentes à son sujet. Sa clinique n'offrait pas une grande affluence de malades, ni d'auditeurs ; mais quiconque venait travailler auprès de lui devenait bientôt son ami et pouvait alors apprécier la valeur et le charme de cet enseignement familier. Il fut pour beaucoup dans les modifications que l'administration de la Guerre se décida à apporter dans l'examen de la vue aux Conseils de révision. Le résultat ne fut pas peut-être celui que Giraud-Teulon désirait, mais cette discussion, dont il fut l'âme avec le Directeur actuel du Val-de-Grâce, fit accepter comme urgentes des mesures qu'il eut été bien difficile de faire introduire sans cette lutte un peu orageuse.

La question, du reste, datait du Congrès de Bruxelles, où, sous la présidence de Donders, furent jetées les bases de cette réglementation nouvelle.

Giraud-Teulon, membre de la Société de Chirurgie, de l'Académie de Médecine, a su, par la loyauté de son caractère, la probité de sa pratique, la hauteur de ses conceptions scientifiques, se créer une place bien marquée parmi les grandes personnalités de l'ophtalmologie moderne.

II. *Les Annales d'Oculistique* ne contiennent pas de mémoire bien important sur une question scientifique nouvelle : le travail original et l'éloge funèbre de Ferd. Arlt, dû à Ed. Meyer de Paris, pages instructives, écrites par un élève et un ami. Arlt était le fils de ses œuvres ; il succéda à Fischer, son maître, et déploya dans son enseignement une activité littéraire considérable. Professeur ordinaire depuis 1856, ses dernières pages sont écrites en 1884. Il avait donc présidé à Vienne à l'évolution si brillante des sciences ophtalmologiques dont il fut un chef vénéré. Il fit à Prague et à Vienne plus de 5,000 opérations de cataracte.

Signalons dans ce numéro une note de M. Massclon *sur l'avantage de l'examen à faible éclairage et à l'image droite, au moyen de l'ophtalmoscope Helmholtz-Wecker*. Il est certain que cette méthode, grâce à laquelle on peut étudier la pupille avec un grossissement de 20 en moyenne, est d'un précieux avantage. Wecker a réduit l'instrument primitif d'Helmholtz à un simple réflecteur à plaques, avec une rainure en arrière pour y insérer tous les verres de la boite d'essai.

M. IMBERT, dans une brève analyse des conditions de la tension intra-oculaire, fait remarquer le rôle important que peut jouer dans le développement des amétropies, la réaction élastique des membranes enveloppes du globe, en tenant compte de leur tension, de leur courbure. Il est évident que toutes les conditions pathologiques modifiant leur résistance, peuvent amener des variations dans la courbe des tissus, et par conséquent dans l'état optométrique de l'organe.

GUAITA ((de Sienne) apporte cinq observations où l'emploi de l'ésérine dans les décollements de la rétine a produit d'heureuses modifications. L'auteur ne considère cependant ce médicament que comme un adjuvant de l'iridectomie.

III. Le *Recueil d'ophtalmologie* de M. Galezowski ne renferme pas non plus de travail de longue haleine, sur un sujet nouveau ; mais plusieurs notes intéressantes de Galezowski *sur la transmission de la rougeole par les yeux ; sur la kératite interstitielle palustre* par Sedan, sujet que nous avons signalé au Congrès et qui peut être le premier chapitre d'une longue et fort intéressante étude. M. DUBOIS DE LA VIGERIE note des phénomènes d'amblyopie avec pâleur de la pupille chez des ouvriers employés à la manipulation du sulfure de carbone.

Relevons aussi dans ce numéro une remarque faite à la Société de Chirurgie par M. Reynier *sur l'importance du réflexe rotulien chez les cataractés diabétiques*. Tant que le réflexe existe, il serait possible d'opérer ; s'il est supprimé, s'abstenir serait la règle au contraire. Par un singulier hasard, le jour où nous lisions ces lignes, nous recevions un malade diabétique cataracté, et malheureusement privé des réflexes rotuliens. Le sucre, à 15 grammes par litre, diminua, disparut sous l'influence du régime ; et l'opération faite, bien qu'ayant donné quelques hémorrhagies successives dans la chambre antérieure, n'a pas été suivie d'accidents sérieux de gangrène, mais a été d'une simplicité remarquable. Nous ne pensons donc pas que le réflexe soit une indication bien précise pour guider le chirurgien dans l'opération de la cataracte diabétique.

Le numéro d'octobre du même journal contient un mémoire de M. CUIGNET sur *un appareil antistrabique*. L'auteur commence par établir que les louchettes n'ont jamais redressé, ni pu redresser un œil, que le stéréoscope

exige une position trop fatigante et une tension pénible, et que les exercices sont trop courts. En définitive, il propose l'appareil suivant : un bandeau élastique avec plaque frontale portant une tige métallique carrée longue de 35 à 40 cent., rivée en avant et ayant une graduation, grâce à laquelle des pages ou objets peuvent être tenus à distance précise des yeux.

Cet appareil repose sur ce fait que les deux yeux bien dirigés et ouverts ne sont pas gênés dans la lecture par un objet placé verticalement au milieu et en avant. La règle est donc placée verticalement à 15 cent. entre les deux yeux, en essayant suivant le malade et le strabisme. A mesure que les muscles reprennent de la force et accroissent leur champ d'action, on éloigne ou on rapproche la règle. Le malade s'habitue à regarder non pas avec un seul œil mais avec deux, d'abord lentement, puis plus vite, et quand la synergie musculaire persiste, on peut enlever la tige. Cette méthode est en définitive celle que Javal a employée dans son exercice dit à la règle.

Galezowski résume dans ce numéro la discussion à la Société de médecine sur *l'éclairage des bureaux*.

Relevons une note du professeur Sée sur le traitement des migraines, névralgies faciales, par l'antipyrine; puis une opération audacieuse et délicate faite par Salzer. Ce chirurgien dans un cas de névralgie ayant résisté à la section du buccinateur, à la ligature de la carotide primitive, se décida à *sectionner le trijumeau au trou ovale*. Pour ce, il resèque temporairement l'arcade zygomatique, et respectant la capsule articulaire temporo-maxillaire, il arrive par le périoste jusqu'au trou ovale où le nerf est isolé et coupé. Guérison. Il est certain qu'en suivant le périoste ou l'os, l'opérateur évite la maxillaire interne; or, le trou ovale est situé perpendiculairement à l'angle droit de la racine de l'arcade zymotique à deux centimètres de la face plane du temporal. Ce sont des points de repère qui permettent de trouver le ganglion à la base de l'apophyse ptérygoïde. Mais n'oublions pas que la méningée moyenne n'en est pas distante en arrière de plus de 3 à 4 millimètres, et la lésion de cette artère ne serait-elle pas une complication gênante? C'est en tout cas une délicate entreprise qui demande, croyons-nous, un certain nombre d'expériences à l'amphithéâtre.

IV. *La Revue générale d'Ophtalmologie* publie toujours en tête de son fascicule quelques pages d'un intérêt capital. Le mois de septembre donne le résumé d'un travail remarquable de Hess sur la *cataracte naphtalinique*; sujet que Bouchard et Panas avaient étudié il y a quelques mois, et ces deux derniers, au Congrès d'Ophtalmologie français. Hess arrive à des résultats assez différents pour demander confirmation, bien que son travail ait été fait au laboratoire de Prague. L'absorption de la naphtaline donne lieu d'abord à des plaques blanches et en si grande quantité que Hess pense que Panas a pu les confondre avec le synchisis étincelant que lui, n'a pas retrouvé. Il n'a pas retrouvé non plus les amas de cellules, sous forme de tubercules décrits par Dor. La cataracte débute par la région équatoriale, par des taches grisâtres suivant la direction des fibres. Le noyau ne paraît pas cataracté. Hess trouve dans la lentille les vacuoles au microscope, vacuoles interfibrillaires bien décrites par Becke. L'épithélium de la capsule est en voie active de prolifération, et la capsule postérieure même est envahie par ces éléments.

Panas par ses expériences avait été amené à conclure que le cristallin se nourrissait par la rétine et la capsule, mais Hess a constaté une cataracte sans la moindre altération de la rétine, et sur les lapins cataractés, les lésions du fond de l'œil n'existent pas. On ne peut donc pas toujours accuser ces membranes des lésions de la lentille.

Au microscope, les plaques blanches ne sont pas des plaques d'exsudat, mais bien d'adhérence avec atrophie: il n'existe ni leucocytes, ni hémorrhagies dans la rétine dans les premières périodes. L'altération paraît porter sur l'épithélium choroïdien : il perd sa forme, sa disposition, et sa richesse en pigment. Au centre du cercle pigmenté, Hessen constate un petit cristal. Il n'avait jamais rencontré les altérations de la choroïde indiquées par Panas. Quant au corps vitré il reste transparent après 15 jours de nourriture naphtalinique, il contient des leucocytes vers la pupille, et du pigment à l'ora serrata. Pour Hess l'influence nutritive sur le cristallin vient de la choroïde et non de la rétine ainsi que l'avait exprimé le professeur de Paris. Il nous semble résulter de ce travail que la question s'embrouille de plus en plus et que le laboratoire de la Faculté de Paris, nous doit un travail pour rétablir la vérité hésitante.

V. M. Despagnet, chef de Clinique de Galezowski, a publié une étude intéressante sur *l'irido-choroïdite suppurative, suite des leucomes adhérents.*

Ces faits sont rares, mais se rencontrent toutefois assez souvent, à ce point qu'ils ont attiré l'attention de l'auteur, qui a voulu alors se rendre compte du mécanisme de cette complication survenant souvent fort longtemps après le premier accident.

Il survient d'abord une irido-cyclite causée par la traction permanente sur la région ciliaire, par la hernie même et l'augmentation de la tension. L'irido-cyclite est alors un terrain approprié pour le développement des microbes. Le remède immédiat, suivant l'auteur, serait la synéchotomie ou iridectomie. Si le mal est accentué, si le pus existe, l'énucléation est marquée.

M. Despagnet accompagne son travail d'une bonne étude histologique des tissus. Mais qu'il nous permette de lui dire combien son intéressant mémoire aurait gagné à constater l'évolution de ces microbes dont il parle, comme étant la cause de l'irido-choroïdite. Ces analyses de moignons oculaires ne doivent plus être données sans le chapitre de la microbiologie, c'est la pathologie nouvelle : et il serait bon même de démontrer qu'ils n'existent pas toujours. Les résultats négatifs sont loin d'être sans valeur.

VI. *Le Centralblatt de Hirschberg (Berlin)*, contient un mémoire remarquable de M. Kucharsky, *sur la Bactériologie du Trachome.* Mémoire russe traduit en Allemand par Reich. Il est entendu que Trachome veut dire Granulation; c'est en un mot du microbe des Ophthalmies d'Egypte et d'Afrique qu'il s'agit, de ce microbe que nous avons montré en France au Congrès d'Ophtalmologie à Paris, en mars 1886. L'auteur a pris soin de résumer ses conclusions dans les propositions suivantes. Le trachome est une affection sui generis de la conjective ou plusieurs observateurs ont retrouvé des micro-organismes; mais la pathogénie de ces micro-organismes n'est pas encore connue, les résultats des inoculations de Sattler et de Michel n'ayant pas donné des résultats positifs, non plus que celles de l'auteur (1 succès sur 2). Ce micro-organisme, qui selon les uns serait rare dans les secrétions, et qui, suivant les autres, s'y trouverait en grand nombre, doit être encore l'objet de recherches pour être rangé parmi les Diplocoques. Le microbe que Michel décrit dans le Trachome et qu'il fait dériver des Diplocoques, qu'il assimile au Gonocoque, n'est pas caractérisé dans le Trachome. Le microbe que Kucharsky a trouvé forme dans les milieux nutritifs, à 30, 35°, des traînées blanches qui figurent des pellicules. La gélatine peptonisée de viande (5 à 8 %), est toujours liquéfiée et le microbe forme à la superficie une pellicule blanche et tenace. A une température plus élevée, la liquéfaction de la culture marche plus rapidement. Cette culture peut être confondue avec le *Staphylococcus pyogenes albus* et d'autres existant dans l'air. Les inoculations de la culture sur les pigeons, les lapins, les chats, les chiens, l'homme, ne permettent pas à l'auteur d'affirmer qu'il a reproduit le véritable trachome. L'inoculation du contenu des trachomes sur la conjonctive du chat donne lieu à un développement plus analogue au trachome. La culture de ces trachomes nouveaux ne peut se différencier de celle du follicule humain. Le trachome, le catarrhe folliculaire, la conjonctivite folliculaire que certains cliniciens veulent séparer sont identiques au point de vue bactériologique et donnent le même micrococque. En

résumé Kucharsky n'a pas fait avancer beaucoup la question : il rejette le Gonococcus de Michel, ce qui avait été fait depuis longtemps, et il se rallie à l'existence d'un microcoque, trouvé avant ses recherches. Il paraît avoir réussi dans ses inoculations sur le chat.

Ce même numéro du journal d'*Hirschberg* contient une note de M. Diem (de Dantzig), sur l'*Intoxication par l'Hématropine*. Chadwich avait rapporté un cas d'intoxication avec délire, ralentissement du pouls chez un homme de 75 ans, chez lequel on avait fait des instillations, avec un collyre de Duboisine, la dose absorbée possible étant de 1/100 de grain, ou un demi-milligramme. Sur un jeune homme de 19 ans, chez lequel on employa une particule d'onguent à 0,33 0/0 placé dans le cul-de-sac conjonctival. Le pouls tombe à 30 par minute et à 52, la respiration à 30, 32. — Le malade se rétablit.

Ce même journal analyse dans les *Archives de Græfe* les mémoires de M. Meyer *sur la disparition spontanée de la cataracte sénile*. L'auteur pense qu'il est utile de bien savoir que la disparition, l'éclaircissement spontanée de la cataracte peut se produire non seulement chez les jeunes malades, mais aussi chez les vieillards. Il en cite un cas chez un homme de 59 ans.

Relevons encore un travail très étendu de Schœn sur *la contraction exagérée de l'accommodation et ses suites, dans l'étiologie du Glaucome et de la Cataracte des vieillards*. Il conclut en disant que les deux fonctions de l'œil la convergence et l'accommodation engendrent la myopie et les cataractes vertes et grises. Il est important de connaître cette étiologie de la cataracte et du glaucome pour les prévenir.

Uhthoff, assisté de Schöler, continue *ses recherches relatives à l'influence de l'alcoolisme chronique sur les yeux de l'homme*. Le diagnostic différentiel entre l'amblyopie du tabac et de l'alcool ne lui paraît pas convaincant.

VII. Nous terminerons cette revue par la mention d'un mémoire de Westphal sur un cas de paralysie progressive des muscles de l'œil (Ophtalmoplégie externe), avec description du groupe des cellules du noyau de l'occulo-moteur. Westphal résume ainsi l'historique de ce malade: Homme de 44 ans. En 1881, commencement de paralysie du bras droit. Paralysie complète des muscles de l'œil. Atrophie d'une moitié de la langue et du voile du palais. Mobilité faible des extrémités inférieures. Absence du reflexe droit du genou. Diminution de la vue.

Westphal donne de très belles figures de ses préparations de la protubérance et de la moelle allongée, faites à la nigrosine ou suivant la méthode de Weigert : elles lui ont permis de reconnaître une atrophie du noyau de la 3e et de la 6e paire, et de l'hypoglosse; une atrophie du nerf optique à processus interstitiel correspondant à des altérations constatées à l'Ophtalmoscope ; la moelle offrait aussi une dégénérescence du cordon postérieur, du cou à la région sacrée. Ce mémoire est à lire en entier comme modèle d'observation clinique basée sur l'anatomie ; les lésions histologiques confirmant les altérations physiologiques pendant la vie. De tels travaux demandant des observations cliniques parfaites et des recherches micrographiques précises bien que difficiles, sont d'un intérêt capital pour l'étude des centres nerveux.

F. P.

Les étudiants russes. — Le Conseil académique de l'Université de la Nouvelle-Russie a frappé des peines suivantes les étudiants qui ont pris part aux récents désordres de cette université : cinq étudiants ont été exclus, avec interdiction d'entrer dans d'autres Universités ; cinq étudiants ont été renvoyés, avec le droit de poursuivre leurs études dans les autres écoles de l'empire. Vingt-cinq autres étudiants sont considérés comme ayant quitté l'université de leur propre chef.

Mission scientifique. — M. le Dr P. Jousseaume est chargé d'une mission à l'effet d'étudier sur les bords de la mer Rouge et du golfe d'Aden la faune malacologique.

Nominations. — Est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Laon : M. Blanquinque, docteur en médecine.

THÉRAPEUTIQUE

Du nouveau traitement des fièvres palustres par l'Antipyrine ; par M. le Dr P.-S. Pampoukis (d'Athènes).

Depuis plusieurs mois déjà, nous avons attiré l'attention sur les *Fièvres palustres* de la Grèce, et surtout sur les fièvres pernicieuses, dans une série de mémoires publiés dans le *Journal des Connaissances médicales*, de M. le Pr Cornil. Le traitement de ces fièvres palustres n'y a pas été étudié spécialement, car l'emploi de la *quinine* est devenu classique. D'ailleurs, tous les livres sur les fièvres palustres donnent les doses, les indications et les contre-indications de la quinine, médicament spécifique agissant, paraît-il, contre les hématozoaires de Laveran, la cause de ces fièvres, pour aujourd'hui du moins.

Il y a des circonstances spéciales où, cependant, on ne peut pas administrer la quinine. Nous voulons parler de ces cas où la quinine, même à petites doses, provoque l'*hémosphérinurie*. Ceci doit être regardé comme un fait acquis aujourd'hui pour la science. D'ailleurs, les expériences de M. Karamitzas sur le sulfate de quinine, et celles que nous avons entrepris nous-même sur ce sujet avec M. S. Chamatianos sur toutes les préparations de quinine et des autres dérivés du quinquina, ne laissent aucun doute. Pour ces cas spéciaux, nous recommandons la *Cinchonine*, laquelle ne provoquant pas l'hémosphérinurie, agit aussi contre les hématozoaires palustres. Dans les cas urgents, nous conseillons aussi l'*Antipyrine*, surtout s'il y a de l'hyperthermie ; la fièvre tombe alors immédiatement, et à ce moment nous administrons la Cinchonine.

Mais il y a encore d'autres cas où la quinine n'agit pas contre le miasme palustre, quoique les malades en prennent de grandes quantités. Cela provient de ce que leur organisme est déjà habitué à la quinine ou de ce que l'état des organes digestifs ne permet pas l'absorption du médicament. Nous connaissons plusieurs personnes qui traitèrent d'abord leurs fièvres par de petites doses de quinine. Mais, habitant toujours la même contrée marécageuse, elles continuèrent d'absorber le miasme palustre, et par conséquent furent obligées d'employer la quinine pendant plusieurs années. Chez ces malades, la quinine ne peut agir qu'à de grandes doses ; même elle ne possède presque plus d'action sur eux. Dans ces cas, on conseillait jadis l'arsénic, les douches, etc. ; ce traitement, cependant, n'empêchait pas le malade d'être à nouveau atteint par ces fièvres.

Dès la découverte de l'*Antipyrine*, nous avons fondé de grandes espérances sur elle, et, de février en avril 1886, nous l'avons expérimentée à l'hôpital militaire de Larissa, en Thessalie. Là, nous avons observé que l'*Antipyrine* agissait avec une rapidité extraordinaire contre les fièvres palustres intermittentes. Au mois de mai de 1886, nous avons eu, nous-mêmes, une fièvre palustre, avec une température ordinaire de 38° à 39°. Nous avons pris à plusieurs reprises de la quinine. Cependant, la fièvre ne diminua que peu ; on n'arriva pas à l'apyrexie complète. Ceci dura quinze jours, pendant lesquels nous avons pris des quantités considérables de ce médicament. Il convient de dire ici que pendant tout l'hiver précédent nous avions souffert de fièvres intermittentes; notre organisme était déjà habitué à l'usage de la quinine. La fièvre ne cédant pas à l'action de la quinine, nous avons employé l'*Antipyrine*, en alternant avec la quinine. Après avoir suivi ce traitement pendant cinq jours, nous avons été complètement guéri. Nous étions alors à Chalkis. Trois mois plus tard notre frère, âgé de 25 ans, a eu à Acrata, en Péloponèse, une fièvre palustre analogue. M. le Dr C. Pampoukis ordonna la quinine à hautes doses. Cependant, la fièvre persista pendant dix jours avec des oscillations. C'est alors qu'appelé d'Athènes à Acrata nous avons conseillé l'*Antipyrine*. La fièvre ne tarda pas à céder, et la quinine fut encore prescrite pendant quelques jours. Dernièrement, un de nos amis, M. Tschis, exerçant à Thèbes, en Béotie, non loin du lac de Copais, a publié, par le journal *Le Ga-*

lien, d'Athènes, plusieurs cas de fièvres intermittentes traitées par l'*Antipyrine*. Les observations de M. Tselios sont très intéressantes ; il a expérimenté chez plusieurs personnes de 5 à 40 ans. La température oscillait entre 39° à 41° ; après l'absorption de l'antipyrine, la fièvre tombait brusquement, même au dessous du chiffre normal. Deux ou trois heures après la chute de la fièvre, M. Tselios donnait la quinine. Il a administré l'antipyrine même pendant le frisson, et il a ainsi réussi à arrêter la fièvre. Par l'antipyrine, les malades ont eu des sueurs abondantes. M. Tselios a aussi traité un cas de fièvre pernicieuse comateuse par l'antipyrine en injection sous-cutanée, à la dose d'un gramme ; quelques heures plus tard il ordonna la quinine.

M. le Dr Alexandre Georgantopoulos vient de nous communiquer des observations analogues. Un malade d'Aigion, en Péloponèse, a eu au mois de juillet dernier un accès palustre, dont voici l'histoire : Frisson ayant duré une heure ; température 39°,2 avec 108 pulsations ; céphalalgie et vomissements. Après deux heures, la température monte à 40°,8 avec 124 pulsations ; la céphalalgie devient insupportable ; les conjonctives s'injectent ; les pupilles se dilatent ; enfin le malade a du délire. La rate dépasse les côtes et est très douloureuse à la pression. Traitement : *deux grammes d'antipyrine* en solution. Trois quarts d'heure après l'absorption du médicament, la température était à 38°,5, et la céphalalgie et le délire avaient disparu. Quelques heures plus tard, le malade était en apyrexie ; il prit alors une dose de quinine ; la fièvre n'a plus reparu.—

Une jeune fille de 17 ans souffrait depuis trois ans déjà de fièvres intermittentes à type tierce. Quoiqu'elle eût pris la quinine, les fièvres cependant persistèrent toujours. Les accès venant à midi duraient jusqu'à minuit, tous les trois jours. Au mois d'août dernier, elle se décide à suivre le traitement ordinaire. Pendant six jours elle prend de fortes doses de quinine. Les accès reviennent comme toujours, mais avec une température moins élevée. Le septième jour, elle ne prend pas de quinine ; la fièvre paraît avec une température très élevée. Alors on ordonne de l'*antipyrine* à la dose d'un gramme cinquante centigrammes par jour, une heure avant les accès, et cela pendant quatre jours. Les deux premiers jours elle eut un léger accès ; les deux derniers, rien du tout. Les trois jours suivants, pas d'accès, pas d'antipyrine. Le huitième jour léger accès ; alors elle prend à nouveau de l'antipyrine pendant trois jours. Au bout d'une semaine, nouvelle dose d'antipyrine pendant trois jours. Le malade a continué à prendre du quinquina, de l'eucalyptus, du fer. Elle n'a plus eu d'accès depuis quatre mois, c'est-à-dire depuis le début du traitement par l'antipyrine. Voici donc un cas où l'antipyrine, par son usage répété, a réussi à combattre les fièvres tierces dont la malade souffrait depuis des années, et contre lesquelles la quinine n'avait plus d'action.

Aujourd'hui presque tous les médecins grecs emploient l'*antipyrine* contre les *fièvres palustres*. D'après les lettres qui nous parviennent, tous sont d'accord que l'antipyrine coupe l'accès de fièvre palustre, presque immédiatement après son absorption. Le malade se trouve ainsi soulagé et les accès répétés ne l'affaiblissent pas. En ordonnant en outre la quinine pendant l'apyrexie, nous guérissons complètement le malade. On peut donc faire disparaître avec l'antipyrine l'un ou les deux premiers stades des fièvres intermittentes en la donnant pendant les accès. On empêche l'apparition de l'accès en la donnant une heure avant. On diminue la durée des fièvres continues palustres, et on débarrasse ainsi le malade en ordonnant en même temps la quinine. Enfin, on peut par les injections sous-cutanées d'antipyrine faire tomber instantanément la haute température des fièvres pernicieuses.

Ainsi, par nos expériences et par celles de M. Tselios, de M. Georgantopoulos et des autres médecins grecs, il est démontré que l'antipyrine agit avec efficacité contre les fièvres palustres. De nouvelles expériences sont nécessaires, surtout contre les fièvres pernicieuses pour savoir jusqu'à quel point l'antipyrine peut agir contre elles.

Nous ne pouvons pas nous prononcer et dire si l'antipyrine agit spécialement sur les hématozoaires. M. Laveran aurait pu expérimenter et démontrer si l'antipyrine agit contre les hématozoaires aussi bien que la quinine, ou tout simplement contre l'élément fièvre, ce qui est déjà connu pour tant d'autres maladies (pneumonie, fièvre typhoïde), où l'on a administré l'antipyrine. Cependant, nous savons que l'antipyrine en solution de 5 à 10 0/0 est un puissant antiseptique.

Maintenant nous voulons appeler l'attention sur deux observations de fièvre pernicieuse comateuse et une autre de fièvre hémosphérinurique palustre, que notre ami, M. Théodore Orloph, médecin à Ermionis, en Péloponèse, vient de nous communiquer par M. Bambaz. Ces fièvres comateuses ont été observées chez des enfants de 6 à 7 ans. L'un des petits malades avait, pour la première fois, la maladie palustre, avec céphalalgie, délire, anesthésie, température 40°,3 et 140 pulsations. M. Orloph ordonna *un gramme de calomel*. Après sept heures, l'enfant avait 39°,2 avec 120 pulsations. Alors on administra 2 grammes de quinine en trois doses, toutes les demi-heures. Le lendemain matin, l'enfant était sans fièvre. Chez l'autre enfant, la maladie a commencé par du coma ; température : 40°,5 et 140 pulsations ; délire. On ordonne 1 gr. 20 de calomel administré en 6 fois. Quelques heures après, la fièvre était de 39°,2 avec 126 pulsations ; puis on prescrivit 2 grammes de quinine en 3 doses. Le lendemain matin, température : 37°,8 avec 90 pulsations. Dans la journée, nouvelle dose de calomel (0,20) et de quinine (2 grammes). Le soir, l'enfant était en apyrexie complète. Contre la fièvre bilieuse hémosphérinurique, M. Orloph a employé le même traitement ; d'abord le calomel et ensuite la quinine ; il a ainsi vu diminuer la fièvre par le calomel et disparaître par la quinine. Dans tous les cas de M. Orloph, le calomel n'a pas provoqué de salivation.

Depuis plusieurs mois déjà, des docteurs hellènes essayent aussi *l'antifébrine* contre toutes les formes de l'impaludisme. Elle provoque des sueurs abondantes. Une heure, au maximum, après son administration, l'apyrexie est complète. On l'administre souvent à la dose de 0,20 à 0,40. C'est surtout M. A. Papadakis d'Athènes, qui a vulgarisé l'usage de *l'antifébrine* contre les fièvres palustres en Grèce.

En résumé, on peut dire aujourd'hui : on possède deux nouveaux médicaments, agissant sûrement contre l'élément *fièvre* des maladies palustres. Ce sont : *l'antipyrine* et *l'antifébrine*.

Nous conseillons de préférence l'antipyrine à l'antifébrine, à cause des dangers auxquels la dernière expose, comme cela a eu lieu dans d'autres maladies.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel clinique de l'analyse des urines ; par P. Yvon. 3e édition, revue et très augmentée avec la collaboration de A. Berlioz. — Paris, O. Doin. 1 vol. cartonné in-12 de 400 pages avec 50 fig. dans le texte et 8 planches hors texte.

Peu de manuels pratiques ont rencontré auprès du public médical le même succès que le petit livre de notre collaborateur, M. Yvon. La parfaite clarté de l'exposition, l'abondance des renseignements, le choix judicieux des méthodes les plus simples ont rendu, en effet, cet ouvrage indispensable à tous ceux qui savent apprécier l'importance des analyses d'urine pour le diagnostic et le traitement des maladies. Aussi deux éditions de ce manuel, dont l'origine remonte à quelques années seulement, sont-elles déjà complètement épuisées. La nouvelle édition, que M. Yvon nous présente aujourd'hui, n'est pas une simple copie de ses précédentes : il suffit, pour s'en convaincre, de regarder les dimensions du livre, lequel, tout en gardant la forme commode d'un manuel, a notamment augmenté de volume. L'auteur a pensé qu'en présence des nombreuses recherches effectuées récemment dans l'étude de l'urine, certaines notions devaient prendre définitivement leur place dans le bagage du praticien : et, pour dégager ce qui,

dans les découvertes nouvelles, méritait d'entrer dans le domaine de l'application, il a demandé la collaboration de M. A. Berlioz, chef du laboratoire de la clinique médicale de la Pitié. Les études que ce dernier a poursuivies sous la direction des professeurs Jaccoud et Cornil l'indiquaient du reste au choix de M. Yvon.

Nos lecteurs connaissent assez le manuel clinique de l'analyse des urines pour qu'il ne soit pas nécessaire de leur en donner la composition. Nous nous contenterons donc de dire ce qui a été ajouté dans cette troisième édition. Les beaux travaux de M. le professeur Bouchard. sur la toxicité des urines, ont été rapportés dans tout ce qu'ils ont d'essentiel et d'immédiatement pratique. L'étude de la peptonurie et de la globulinurie, qui a si vivement occupé depuis trois ans l'attention des cliniciens a été présentée avec la plus grande netteté. Les méthodes pour la recherche du sucre, de l'albumine, de la bile, de l'acétone ont reçu les développements que comportent les progrès de la technique. L'histoire de l'urobilinurie, celle des urines graisseuses qui a fait l'objet des investigations du Dr Monvenoux, la description des sédiments minéraux et des sédiments organisés, contiennent des renseignements que l'on ne trouverait pas même dans des ouvrages plus considérables. Toutefois, ce sont les analyses microscopiques qui ont subi les plus importantes modifications : la recherche des bactéries de l'urine, celle des parasites animaux ou végétaux qui peuvent se rencontrer dans la vessie, la détermination du rôle des microbes dans les maladies infectieuses sont des parties tout à fait nouvelles : elles sont traitées du reste avec beaucoup de soin et elles sont très heureusement expliquées par de nombreuses figures qui viennent à chaque instant en aide au texte. Enfin et pour terminer l'indication des changements subis par cette troisième édition, signalons encore le chapitre consacré au mode d'élimination des médicaments. Nous n'avons pas besoin de formuler des vœux pour le succès du manuel de MM. Yvon et Berlioz. P. L.

Le cerveau et l'activité cérébrale au point de vue psycho-physiologique ; par A. Herzen. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1887, 1 vol. in-12 de 312 pages.

La psycho-physiologie devient la science à la mode, il ne faut plus en douter : l'application des méthodes scientifiques à l'étude des phénomènes si complexes de la vie mentale recrute tous les jours de nouveaux travailleurs. Ce sont les philosophes qui ont commencé : ce sont les physiologistes qui continuent aujourd'hui. Dire que tous ces documents, toutes ces controverses rencontrent beaucoup de faveur auprès de la plupart des savants, ce serait sans doute exagéré ; jusqu'ici même, il semblait de bon goût d'abandonner le domaine des fonctions psychiques aux psychologues de profession, aux rhéteurs et aux littérateurs. Mais tout change en ce monde : après avoir haussé les épaules, les habitués du laboratoire se décident maintenant à prendre une part active à la discussion. Voici un physiologiste distingué de la grande école expérimentale, M. Herzen, qui entre à son tour dans la mêlée et qui vient disputer le prix aux successeurs de Platon.

C'est que M. Herzen veut combattre avec des armes nouvelles. Il a retrouvé, dans les anciennes expériences de Schiff, de quoi triompher de ses adversaires. Vous prétendez que les opérations mentales n'ont aucune relation matérielle ; eh bien ! ces actes psychiques ont, au contraire, une durée appréciable et éminemment variable. Or, tout processus qui demande un certain temps ne pouvant être autre chose qu'un mouvement, l'activité psychique doit être, elle aussi, un mouvement. Vous allez comprendre ainsi le mécanisme de la conscience et de la pensée : l'activité du cerveau comme la contraction du muscle est réductible à une modification physico-chimique dont la valeur peut être déterminée. La conscience n'apparait jamais qu'au moment de l'activité fonctionnelle des éléments nerveux : elle est liée à la phase désintégrative des actes nerveux centraux. Voilà la loi physique que l'expérience permet d'établir : il y a un équivalent mécanique pour le travail du cerveau comme pour celui de n'importe quel organe.

Il est, du reste, très intéressant à lire, le récit des expériences sur lesquelles M. Herzen établit son opinion. La partie du livre qui est plus spécialement consacrée à la psychologie n'est pas de notre compétence : je ne sais quel jugement les philosophes pourront porter sur elle. Mais, à côté des pages qui sont exclusivement remplies par l'étude du libre arbitre, de la personnalité, etc., il y en a d'autres qui sont de bonne physiologie et qui font honneur à M. Herzen ; leur lecture aura le grand avantage de montrer aux psychologues combien sont délicats, même pour les initiés, les problèmes qu'ils ont l'habitude de résoudre avec tant de facilité. P. L.

Trois cas de rhinosclérome : par M. Stoukovenkoff. (*Revue médicale*, T. XXVIII, n° 20, Moscou, 1887).

Le premier cas fait voir que les médecins-praticiens sont encore peu au courant de cette affection qu'ils prennent très souvent pour la syphilis. Cette observation démontre qu'un traitement anti-syphilitique n'a fait qu'aggraver l'état de la malade. — Dans le second cas, nous nous trouvons en présence d'une modification regressive très prononcée malgré un rhinosclérome relativement jeune. C'est ainsi que, peu après le commencement de l'affection, la cloison nasale se détruit ; la destruction gagne une tumeur d'origine récente de la lèvre supérieure et aurait certainement pris des proportions encore plus grandes, si le traitement ne l'avait empêché. Ce cas placé à côté de celui de M. Zeissl (1) prouve que le rhinosclérome ne se présente pas toujours comme une néoformation absolument stable, telle que l'avait décrite Hébra (2) et telle qu'elle se présente dans la majorité des cas, mais qu'il peut aussi subir des modifications regressives. Le traitement dans ce cas consista en injections parenchymateuses dans les parties atteintes du nez et de la lèvre avec de l'acide phénique au 1/100, à la dose d'une seringue Pravaz en deux ou trois piqûres. Après 40 injections qui se pratiquaient tous les deux jours, l'amélioration était déjà considérable et le malade pouvait respirer beaucoup plus facilement par le nez. Sous l'influence de ce traitement la tuméfaction au niveau des sacs lacrymaux disparait presque complètement ; on observe aussi une cicatrisation sur la tumeur de la lèvre, une diminution de cette tumeur et de la tumeur du nez en même temps que la douleur devient de moins en moins aiguë. — Le troisième cas est encore une preuve de la supériorité de ce traitement antiseptique : ici l'amélioration est survenue après 14 injections. J. Roubinovitch.

L'hallucinée de Castelnovo Monti ; par A. Tamburini (*Riv. sper. di fress.*, V-XIII, fasc. II, 1887, p. 149).

Vers la fin de mai et en juin 1886, on mena grand bruit dans les pays des montagnes de Reggio d'une apparition merveilleuse de la Madone qui s'était montrée à une jeune fille de 13 ans, Adèle Bagnoli, de Castelnovo Monti. La Madone apparaissait toujours au même endroit, près d'un genévrier, dans une localité dite le Pianello, et elle répondait aux questions que lui adressait l'enfant. La nouvelle de ce miracle excita l'enthousiasme des habitants, et de là ne tarda pas à se répandre dans les pays voisins, si bien qu'en peu de temps le lieu de l'apparition devint le but de nombreux pélerinages. Les pélerins accoururent de tous côtés, des endroits les plus éloignés vers le merveilleux genévrier, dont le simple contact rendait la vue aux aveugles et redressait les bossus, et qui fut bientôt couvert de médailles, d'images sacrées, de couronnes, d'ex-voto, tandis qu'au pied, dans un trou creusé dans le sol, on déposait les offrandes en argent. On vendait aussi le portrait de l'apparition, sous forme d'une petite Madone vêtue de blanc, avec de longs cheveux blonds flottant sur les épaules.

C'est alors que l'autorité intervint, fit abattre le genévrier, saisir tous les objets qui l'entouraient y compris l'argent, et, comme au genévrier coupé, en avait succédé de suite un autre qu'on disait poussé par miracle et à celui-ci une croix, on fit garder à vue l'endroit miraculeux par les carabiniers royaux. Quant à la jeune fille, elle fut mise en observation le 2 juillet à l'Institut psychiatrique de Reggio, et avec son internement prirent fin les miracles et les pélerinages et l'enthousiasme fanatique qu'ils avaient suscités.

Le professeur Tamburini fut commis pour examiner la jeune fille, et les résultats de son observation l'ont amené à reconnaître chez la jeune B... Adèle, un état neuropathique de carac-

(1) *Wiener Med Wochenschr.*, 1880, n° 22.
(2) *Wiener Med. Wochenschr.*, 1870, n° 1.

tère hystériforme, dû à une influence héréditaire évidente. Le fait des apparitions de la Madone en mai et en juin était l'effet d'hallucinations visuelles et auditives dont elle présentait tous les caractères distinctifs : d'ailleurs, à cette époque, la jeune fille offrait tous les signes d'un état de surexcitation nerveuse manifeste. — Cet état, dans l'intérêt propre de la malade et de l'ordre public, nécessite une hygiène spéciale et une surveillance étroite de la part de la famille, surtout au moment de la puberté ; car, sous l'influence de causes physiques ou morales, telles que des pratiques religieuses excessives, les actes superstitieux, les veilles prolongées..., on pourrait voir reparaître et se développer les mêmes symptômes pathologiques. J. SÉGLAS.

La psychologie physiologique ; par G. SERGI, professeur d'anthropologie à l'Université de Rome. 1 vol. in-8 de 452 pages, traduit de l'italien, par M. Mouton. — Paris, 1887. Félix Alcan. 40 figures dans le texte.

Je ne voudrais pas faire injure à nos philosophes, mais je ne puis m'empêcher de croire qu'ils auront quelque peine à comprendre tous les documents que leur présente M. Sergi. C'est qu'il faut être à la fois anatomiste, physiologiste, physicien, mathématicien et.... psychologue pour suivre fidèlement dans toutes ses parties le livre du savant italien ; une pareille érudition est malheureusement encore rare de nos jours. Voici, par exemple, à propos de l'étude de la sensibilité, une dizaine de pages qui sont consacrées à l'examen de la loi psycho-physique de Fechner et qui sont remplies des formules logarithmiques nécessaires à son explication. Voici, d'autre part, l'analyse des différentes manifestations sensorielles, analyse qui exige des développements très étendus sur la structure et la fonction de la rétine, sur le mécanisme de l'audition, sur l'anatomie de l'encéphale et sur la description de l'écorce cérébrale. Voici encore une série de discussions au sujet de la conscience et du sentiment, de l'instinct et de la volonté, discussions qui nécessitent à tout moment la prétendue précision de la langue philosophique. Quel est donc l'homme assez instruit pour posséder à la fois toutes les connaissances indispensables à l'intelligence d'une pareille œuvre ? M. Sergi écrit avec clarté ; il expose nettement les principaux problèmes qu'il cherche à résoudre ; il possède à fond son sujet. Mais combien de ses lecteurs jouissent d'une semblable érudition ? Je crains fort que les philosophes, auxquels ce livre est surtout destiné, ne se parent des quelques notions que M. Sergi aura pu leur donner, pour nous offrir certaines de ces solutions hasardées et naïves qui font leur succès depuis plusieurs années. L'ouvrage de M. Sergi mérite assurément mieux : c'est la faute de notre système d'éducation de n'avoir donné qu'à de rares prévilégiés la compétence voulue pour le lire avec profit.

In causa di omicidio per malincolia precordiale ; par le prof. G. VIRGILIO. (*Giorn. di Neurop.*, anno V., fasc. IV , 1887.)

Rapport médico-légal au sujet d'un imbécile coupable d'un homicide que l'expert déclare commis sous le coup d'un raptus au cours d'une mélancolie sans délire avec anxiété précordiale. Nous devons dire que la lecture de ce rapport est loin d'entraîner, à nos yeux, une entière conviction ; car si les faits allégués en faveur de l'irresponsabilité du sujet sont possibles, vraisemblables ; ils sont loin d'être nettement constatés ou démontrés dans ce cas particulier. Et quand un homme, tourmenté par le regret d'avoir fait une mauvaise affaire commerciale en vient à tuer celui avec lequel il l'a conclue, à la suite d'une scène de violence, il ne s'ensuit pas que ce soit là de la mélancolie sans délire ; il y a un mobile au crime, et si le sujet, d'un niveau mental faible, n'a pas calculé toute la portée de son acte, faut-il, par suite le déclarer irresponsable. Cela nous paraît exagéré ; on a, à notre époque, une tendance par trop humanitaire à invoquer l'irresponsabilité en faveur de tout une classe de nuisibles chez lesquels la dégénérescence serait la grande coupable. Pour nous, nous pensons qu'on ne saurait être trop méticuleux dans l'examen de pareils sujets, et lorsque, tristes et vexés d'un malheur qui est leur ouvrage, ils en arrivent à la violence, ne pas les déclarer de suite irresponsables, comme mélancoliques, ou parce qu'ils présentent de l'asymétrie faciale ou le tubercule auriculaire de Darwin. J. S.

Transactions of the Association of American physicians. Second session, Washington, Philadelphia, 1887.

Parmi les 17 mémoires contenus dans ce volume, nous citerons : Cirrhose du foie chez les enfants, par Palmer Howard ; — Méthodes de recherches dans la littérature médicale, par Billings ; — Traitement antipyrétique de la fièvre, par H. C. Wood ; — De l'antipyrine et de la thalline dans le traitement de la fièvre typhoïde, par Fr. Minot ; — Empoisonnement par le gaz des égouts, par H. Hun ; — Cas d'anévrysme de l'aorte abdominale, par Dana ; — De la méthode de Bergeon dans le traitement de la phthisie, par Bruen ; — Atrophie des tubuli gastriques dans l'anémie pernicieuse, par Kinnicutt ; — Troisième contribution à l'étude des localisations cérébrales, par E. Séguin ; — Sur la fréquence de la présence du plomb dans l'urine des saturnins, par J. Putnam.

Urologie clinique et maladies des reins ; par LABADIE-LAGRAVE. — Paris, 1887. — A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Sous le titre de « *Médecine clinique* », M. Germain Sée a entrepris, avec l'aide de M. Labadie-Lagrave, une histoire nouvelle de la pathologie médicale tout entière. La collection comprend déjà cinq volumes ; elle en comptera vingt dans quelques années. Voilà donc une collaboration des plus fécondes. Malheureusement la médecine est remuée jusque dans ses fondements, la rénovation est incessante, la transformation menace d'être radicale ; il est à craindre que la collection Germain Sée - Labadie-Lagrave ne vieillisse avant son entière publication. L'heure n'est pas aux travaux d'ensemble, aux entreprises de longue haleine ; tout est remis en question, tout est soumis à une analyse nouvelle ; la synthèse n'est pas encore possible. Quoiqu'il en soit, l'ouvrage qui porte la signature de M. Labadie-Lagrave est des plus importants et des plus complets. Il résume les découvertes récentes ; il critique les données incertaines et précaires ; il cherche à fixer avec fidélité et précision une époque scientifique. La chimie, l'histologie, la bactériologie sont mises largement à contribution et viennent s'ajouter aux données anciennes de la clinique. Des figures dans le texte, des planches en chromolithographie viennent illustrer cet ouvrage auquel nous ferions le reproche d'être trop volumineux et trop touffu. Mais cette critique paraîtra un éloge à d'autres lecteurs. Au surplus, MM. G. Sée et Labadie-Lagrave n'ont pas voulu se borner à écrire des manuels élémentaires à l'usage des commençants ; leur prétention est plus haute, elle vise une vulgarisation de meilleur aloi. On ne peut qu'admirer le labeur immense dont témoigne la publication coup sur coup d'ouvrages si volumineux ; l'éditeur nous promet un volume tous les quatre mois. Il mérite aussi nos félicitations.

Sopra un caso di demanza paralitica in individuo affetto da atrofia musculare progressiva, par R. TAMBRONI (*Riv. sper. di fren.* 1887, V. XIII, fasc. II.)

Observation d'un individu ayant présenté à la fois les symptômes de l'amyotrophie progressive, type Aran Duchenne et de la paralysie générale. L'examen nécroscopique a montré les lésions caractéristiques des deux affections, médullaire et cérébrale. L'auteur pense qu'il s'agit dans le cas d'une combinaison des deux maladies. J. SÉGLAS.

La méthode conscientielle (Essai de philosophie exactiviste) ; par LÉON DE ROSNY ; Paris, 1887. — F. Alcan, 1 vol. in-8, 180 pages.

L'auteur examine d'abord le criterium scientifique, la mesure dans laquelle peut être acquise la certitude : il montre ensuite quelles sont les différences qui séparent le positivisme de l'exactivisme. Puis il étudie successivement les forces morales cosmiques, l'instinct et la révélation intime, la liberté et les idées préconçues, la valeur de l'observation et de l'expérience, des conventions et des hypothèses, des systématisations inévitables, etc... Enfin, après avoir discuté sur la morale absolue, il consacre un dernier chapitre à l'hygiène intellectuelle et il recherche quels sont les milieux favorables à l'éclosion de la pensée.

Traité de pharmacie galénique ; par M. E. BOURGOIN.

Le nom de l'auteur et la haute notoriété dont il jouit nous dispense de faire l'éloge de l'ouvrage que nous présentons au lecteur. La première édition a été rapidement épuisée, et la

seconde paraissant après la publication du nouveau Codex a permis à M. Bourgoin d'indiquer les modifications inscrites au livre officiel, et de parler en même temps des médicaments nouveaux. Le plan de l'ouvrage n'a pas été modifié : Le livre premier, divisé en trois chapitres, traite de l'objet de la pharmacie, de l'élection, de la récolte des substances végétales et des opérations qui permettent de les transformer en médicaments. M. Bourgoin, se plaçant exclusivement au point de vue pratique, laisse de côté les classifications plus ou moins logiques proposées antérieurement et se contente de diviser les médicaments en *internes* et *externes* : le livre deuxième traite des premiers et l'étude des seconds vient ensuite. Les dernières pages sont remplies par des documents de la plus haute importance relatifs aux équivalents, au poids de gouttes, aux tables de corrections, aux points de fusion et aux températures d'ébullition. P. YVON.

Précis de zoologie médicale ; par G. CARLET. Paris, G. Masson, in-12 de 636 p., avec 512 figures, 1888.

La seconde édition de ce petit volume vient d'être publiée, après avoir subi de notables améliorations. Le succès rapide de la première édition parle assez haut en faveur de cet ouvrage, dans lequel les étudiants de première année, trouveront des notions précises d'anatomie et de physiologie des mammifères, ainsi qu'une énumération suffisamment détaillée des divers groupes de vertébrés. Les autres animaux sont décrits plus succinctement, trop brièvement même, car l'auteur se borne à signaler la plupart des espèces intéressant la médecine (parasites, espèces nuisibles, animaux donnant des produits médicinaux), sans rien dire de leur anatomie, de leurs migrations, des phénomènes morbides qu'ils provoquent ; en un mot, malgré le titre, le côté médical est laissé dans l'ombre. Ce petit livre, dû à la plume d'un savant distingué, préparera mieux qu'aucun autre à l'étude de la zoologie médicale ; mais l'étudiant n'y trouvera point toutes les matières dont la connaissance est exigée au premier examen de doctorat. R. BL.

Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque ; par le Dr Jules HONNORAT (Paris, 1887, J.-B. Baillière et fils, éditeurs).

Ce travail a été fait dans le laboratoire du professeur Renaut, de Lyon. Il a pour but de démontrer que l'œdème persistant du poumon, comme les autres œdèmes, conduit à la sclérose de l'organe. Cette sorte de loi anatomo-pathologique a été établie par l'inspirateur de cette thèse, par M. Renaut. Partant de l'étude de l'œdème aigu congestif, l'auteur arrive à la description de l'œdème d'origine cardiaque : cet œdème se produit surtout dans le rétrécissement mitral et à un moindre degré dans la sténose aortique. Les lésions sont-elles compensées, on note une tendance aux bronchites ; plus tard l'œdème pulmonaire apparait. Au début, l'œdème est latent, il se localise à la base du poumon gauche, dans les parties déclives.

Lorsque l'œdème persistant et chronique est réalisé, on note : l'accroissement de nombre des globules blancs dans l'exsudat olvéolaire, l'introduction de globules rouges dans cet exsudat, le bourgeonnement des capillaires et l'épaississement de la paroi alvéolaire. A la longue, une véritable sclérose pulmonaire s'observe ; les pièces préparées par l'auteur sont très convaincantes à cet égard. En somme, la thèse de M. Honnorat est très sérieuse ; elle fait honneur à l'Ecole de Lyon.

Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire ; par DUREY-COMTE. Paris, 1887. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

Cette thèse repose sur deux observations inédites qui viennent s'ajouter aux 34 autres faits relevés par l'auteur dans la littérature médicale de ces huit dernières années. La première observation a trait à une petite fille de 7 ans, atteinte de rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire avec persistance du trou de Botal. Dans la seconde observation, il s'agit d'une femme de 29 ans portant un rétrécissement congénital avec insuffisance de l'artère pulmonaire, une perforation de la cloison interauriculaire ou vaste abcès du cerveau. En dehors de ces deux cas, il n'y a rien de bien nouveau dans l'étude symptomatique faite par l'auteur.

CONSEIL MUNICIPAL

Assistance publique des enfants idiots et arriérés. — La nouvelle section des Enfants à Bicêtre. — Une nouvelle erreur du Dr Despres.

Dans la discussion sur le budget de l'Assistance publique qui a eu lieu le 27 décembre au Conseil municipal, M. A. Després a jugé utile de nous mettre en cause et, suivant son habitude, il s'est lancé dans des accusations absolument fausses. Voici les extraits du procès verbal qui se rapportent à cet incident :

M. DESPRÉS... Et, Messieurs, le désordre dans l'administration est encore bien plus grand que ne le peuvent supposer la plupart d'entre nous. A la fin de la session de juillet, il s'est passé un fait extrêmement étrange et que je ne puis pas ne pas vous signaler. Il s'agissait, à la dernière séance d'une session, de faire passer une dépense. Une personne étrangère au Conseil vint demander à M. Navarre de rapporter d'urgence un rapport...

M. STRAUSS. — Je demande la parole sur cet incident. Dites le nom, M. Després. Vous voulez, n'est-ce pas, parler de M. Bourneville? Eh bien, M. Bourneville avait parfaitement le droit de nous proposer la création à laquelle vous faites allusion.

M. DESPRÉS. — Je continue, Messieurs. Il s'agissait donc de faire ex abrupto un rapport à la tribune. Or, le dossier ne comprenait qu'une pièce, le projet de délibération. Le reste était dans les bureaux de l'Assistance publique. Et alors se passe ce fait extraordinaire, contraire à toutes les formes administratives, et qui vous prouvera combien M. le directeur de l'Assistance publique est un prisonnier. (Exclamations).

M. NAVARRE, rapr. — Vous savez fort bien, M. Després, que ce que demandait M. Bourneville n'a pas été réalisé.

M. STRAUSS. — Je répondrai à M. Després.

M. DESPRÉS. — Tant que vous voudrez. Je ne cherche que la vérité. Il faut que le Conseil sache comment, sans la rectitude très louable de M. Navarre, une affaire eut été rapportée sans aucun respect des formalités ordinaires.

M. STRAUSS. — C'est là, pour M. Navarre, un compliment compromettant.

M. DESPRÉS. — Donc, le rapport allait être fait au Conseil sans avoir été délibéré par la 8e Commission. C'est alors que, je le répète, M. Navarre s'est montré d'une correction irréprochable. Il a dit : la Commission n'en a pas discuté, je n'ai pas le dossier, je ne rapporterai pas. Que fit M. Bourneville ? Il se rendit à l'Assistance publique, prit le dossier et l'apporta au Conseil, directement. (Bruit).

M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.— C'EST INEXACT.

M. DESPRÉS. — Je comprends votre observation. Tout mauvais cas est niable. Quoi qu'il en soit, ce dossier qui était si pressé n'a pas encore été rapporté.

M. PATENNE. — N'apportez à la tribune que des faits sérieux.

M. DESPRÉS. — Je dis que M. le directeur de l'Assistance publique n'est pas libre, il est à la merci d'autres personnes ; et c'est le secret du déficit.

M. JOFFRIN. — Malheureusement, M. Robinet n'est plus, comme vous le prétendiez, directeur de l'Assistance publique.

M. DESPRÉS. — Je n'ai plus qu'un mot à vous dire sur les secours à domicile. (Ah ! Ah !). — J'aurais fini depuis longtemps si je n'avais pas été interrompu si souvent.....

Répondant à M. Després sur ce point particulier, M. Peyron a rétabli les faits dans les termes suivants :

M. LE DIRECTEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — ..... Un autre détail doit être écarté : c'est celui relatif à la continuation des travaux à l'hospice de Bicêtre. Le mémoire a été présenté par le directeur de l'Assistance publique au visa de M. le Préfet de la Seine. M. le Préfet de la Seine l'a introduit au Conseil municipal dans les formes ordinaires et j'affirme qu'il n'a été dérogé en cette affaire à aucune des règles usitées pour l'introduction de cette affaire qui, je l'espère, sera bientôt rapportée, car il y a un progrès urgent à réaliser.

J'aborde la laïcisation.

Il s'agissait, comme on le voit, d'un projet relatif à la continuation de la section des enfants à Bicêtre. Ce projet, examiné avec soin par le Conseil de surveillance, a été introduit *régulièrement* le 28 juillet au Conseil municipal. C'est alors que, profitant de nos bonnes relations avec nos anciens collègues et usant d'un droit qui appartient à tous les citoyens, nous avons commis le crime d'aller à l'Hôtel-de-Ville et de demander à nos amis d'insister auprès de M Navarre, secrétaire de la

Commission de l'Assistance publique et remplaçant en quelque sorte le président de la Commission, M. le Dr Robinet, mort trois jours auparavant, non pas pour qu'il fit le rapport sur le champ, mais pour qu'il le soumit à la Commission et le fit inscrire à l'ordre du jour de la séance du 30 juillet *qui était la dernière*. S'il s'était agi d'une affaire nouvelle, nous nous serions bien gardé d'intervenir, mais il s'agissait de la *continuation d'une affaire votée par le Conseil* et sur laquelle il avait déjà été appelé à voter QUATRE FOIS. Enfin, en notre qualité de membre de la Commission de surveillance des asiles de la Seine, connaissant les graves inconvénients qui résultent de l'encombrement du bureau d'admission de l'Asile clinique par les enfants idiots et arriérés et par suite l'urgence des nouvelles constructions, nous avons cru de notre devoir de hâter la décision. Il est vrai que M. Navarre n'a voulu entendre ni nos raisons ni celles de ses collègues, très au courant de l'affaire et n'ayant aucun doute sur son incontestable urgence. Ce refus de M. Navarre a eu pour conséquence d'empêcher la construction des cellules et d'un pavillon de dortoirs qui serait aujourd'hui à peu près terminée et de maintenir des enfants six mois de plus à l'Asile clinique où ils coûtent près de moitié plus cher qu'à Bicêtre. La discussion du budget des aliénés qui a eu lieu le 28 et le 30 décembre, montre que nous n'exagérions en rien l'urgence des travaux dont il s'agit. Voici comment s'exprime M. A. Pétrot dans son rapport sur le budget de l'Asile clinique (Ste-Anne) :

« L'encombrement du Bureau d'admission provenait alors, comme aujourd'hui d'ailleurs, pour sa plus grande part, de la présence des enfants, dont le nombre augmente chaque année. Ce nombre était, en moyenne, de 30 en 1885 et en 1886; la moyenne s'est élevée à 48 dans les quatre premiers mois de 1887. Le 26 mai, au moment où le directeur de l'Asile écrivait son rapport, le service comptait 53 enfants (27 garçons et 26 filles); au mois d'octobre dernier, on a compté jusqu'à 65 enfants.

Bien des fois, le Conseil, la Commission de surveillance, la Direction, le médecin chef du service se sont plaints de ce déplorable état de choses; cet Asile n'étant nullement disposé pour recevoir des enfants, que l'on est réduit à tenir en trop grand nombre dans de petites pièces qui ne sont nullement appropriées à cet usage. La dangereuse promiscuité de ces pauvres enfants gâteux ou idiots avec des adultes aliénés, sollicités par les plus mauvais instincts, l'absence de dortoirs à laquelle on supplée par des matelas posés à terre dans les salles qui servent dans le jour de salles de réunions; le manque de personnel, attaché à d'autres services et obligé d'ajouter celui-ci à ses charges normales, tout proteste contre cette situation.....

Mais l'encombrement eut été tolérable dans ces quartiers; les enfants n'auraient pas été, en attendant, mêlés aux aliénés les plus dangereux. On aurait, en outre, conclu à la nécessité absolue de terminer rapidement les quatre pavillons de Bicêtre. En encombrant la Salpêtrière, on aurait vu qu'il était indispensable d'agrandir la section actuelle et de créer une section nouvelle pour les filles, qui ont le droit, de la part du Conseil, à la même sollicitude que les garçons.

Le Conseil doit terminer sans retard l'œuvre commencée. Ce qu'il a fait jusqu'ici, comme nous l'avons constaté dans notre visite, lui vaut, à juste titre, les éloges de tous. Il y a quelques mois, c'était le ministre de l'intérieur qui était forcé de rendre justice aux élus de la Ville et du Département.

« Je viens disait-il, de visiter dans tous les détails, ce bel établissement, qui fait honneur à tous: A M. le Dr Bourneville, qui en a conçu la pensée et surveillé l'exécution ; — à la ville de Paris, dont les représentants ont dépensé presque sans compter ; — à l'Assistance publique et à l'architecte auquel j'adressais tout à l'heure mes félicitations et à qui je tiens à les renouveler publiquement. »

Le président du Conseil général, M. Jacques, ajoutait, de son côté :

« Sans fausse modestie, je déclare que le Conseil général a vraiment mérité l'hommage qu'on lui a rendu ; mais je tiens à ajouter que dans les réformes accomplies dans l'Assistance publique, que, dans l'œuvre admirable qui s'est réalisée ici, M Bourneville, mon ancien collègue, a joué un rôle prépondérant et a droit, par conséquent, à une grande part d'honneur. »

Dans la discussion du rapport général du service des aliénés, M. Rousselle, président de la Commission, a proclamé la nécessité de l'assistance des enfants idiots, arriérés et épileptiques :

« Les services de Bicêtre, dit-il, créés par notre ancien collègue, M. le Dr Bourneville, sont à cet égard un modèle d'aménagement et d'organisation. Un traitement naturel et nouveau, qui commence par de simples mouvements, et finit par l'école et l'atelier, éveille et redresse peu à peu ces corps et ces intelligences infirmes, leur donne graduellement tout le développement dont ils sont susceptibles et parvient à les rendre quelquefois utiles et toujours moins à charge à la société et à eux-mêmes. »

L'administration par l'organe de M. Roux, directeur des affaires départementales, insiste aussi sur l'urgence d'une solution :

M. LE DIRECTEUR DES AFFAIRES DÉPARTEMENTALES. — Je tiens d'abord à m'associer à l'hommage rendu au docteur Robinet, qui n'a jamais cessé d'être mon ami bien qu'il fût mon contradicteur habituel, et dont les travaux nous ont été fort utiles. *Quant à la situation des enfants au bureau d'admission, je suis,* comme M. Rousselle, *navré de son état.* Mais, si vous voulez accepter les propositions de M. le Directeur de l'Assistance publique (1), les choses changeront. Vous pouvez décider le complément d'installation de Bicêtre. Alors vous aurez un système complet.....

M. DESPRÉS. — Coûteux.

M. PIPERAUD. — *Utile, surtout.*

Toutes ces citations mettent à néant les violentes attaques dirigées contre nous par M. A. Després. Ces attaques ont eu un heureux résultat : elles ont hâté la solution que nous désirions. En effet, dans sa séance du 30 décembre, sur le rapport de M. Piperaud, le Conseil municipal a voté le projet comprenant la construction du *pavillon des cellules*, d'un *pavillon de dortoirs* (40 lits) et des deux *préaux* couverts de la nouvelle section des enfants de Bicêtre.

Nous n'aurions pas insisté sur l'intervention de M. Després dans une question qu'il ne connait pas du tout, si elle ne nous avait fourni l'occasion de mettre sous les yeux de nos lecteurs des documents qui prouvent que le Conseil municipal de Paris, le Conseil général de la Seine, l'Administration ont parfaitement compris la nécessité d'organiser sérieusement l'*Assistance publique* de la catégorie la plus importante *des enfants réputés incurables*. Nous espérons aussi que l'exemple donné par le département de la Seine sera suivi et que ceux de nos lecteurs qui font partie des Conseils élus trouveront dans les citations qui précèdent des arguments en faveur de la création d'*asiles interdépartementaux pour les enfants idiots, arriérés, épileptiques,* etc. B.

Hospice de Bicêtre. — Continuation du quartier des enfants idiots et épileptiques (M. Piperaud, *rapporteur*).

Le Conseil, Vu le mémoire, en date du 29 juillet 1887, par lequel M. le Préfet de la Seine lui soumet, pour avis, une demande de M. le directeur de l'Assistance publique tendant à l'approbation d'un projet de travaux concernant la continuation du quartier des enfants et idiots épileptiques à l'hospice de Bicêtre, ledit projet comprenant la construction d'un pavillon disposé en cellules, d'un bâtiment à usage de dortoirs et de deux préaux couverts; Vu le plan d'ensemble ; Vu les plans et les devis des travaux projetés s'élevant, avant rabais, à la somme de 337,312 fr. 53 c., imprévus et frais de direction compris ; Vu l'avis du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, en date du 29 juillet 1887, est d'avis :

1° D'approuver les plans et devis susvisés, comprenant la construction d'un pavillon disposé en cellules, d'un bâtiment à usage de dortoirs et de deux préaux couverts, dans le quartier des enfants idiots et épileptiques à l'hospice de Bicêtre ;

2° D'imputer la dépense, évaluée à trois cent trente-sept mille trois cent douze francs cinquante-trois centimes (337,312 fr. 53 c.), sur la subvention municipale extraordinaire de 1,500,000 francs allouée au budget hospitalier de 1887 et à provenir des fonds d'emprunt ;

3° De mettre en adjudication publique, aux clauses et conditions des cahiers des charges ordinaires de l'Administration de l'Assistance publique, les ouvrages de terrasse et maçonnerie, de couverture et plomberie, de menuiserie et de serrurerie ; de confier aux adjudicataires de l'entretien, aux clauses et conditions de leurs marchés respectifs, les ouvrages de charpente, de peinture et vitrerie, de pavage et asphalte, de fumisterie et de canalisation pour le gaz ; enfin, de traiter à l'amiable pour le dallage en grès cérame, à raison de la spécialité du travail.

(1) M. Roux fait allusion au projet qui nous vaut les attaques de M. Després.

CRÉMATION. — Un nouveau crématoire vient d'être installé à Detroit, Etat de Michigan (*The med. Record, N. Y.*, 17 déc., p. 766.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

1663. 31 *janvier.* — Monsieur Perreaux a dit, que la mère Prieure lui a raporté, que Monsieur le Penitencier s'estoit plaint, qu'au préjudice de la parole qu'il avoit donnée à l'issue du service de Monsieur de la Hargerie, de conférer avec le Bureau en lieu ordinaire sur les diférens qu'ils avoient entre eux, on avoit fait aficher en vertu d'arrest de la Cour le reglement fait pour la sale des accouchées ; de quoi ledit sieur Perreau promit à ladite mère Prieure de parler au Bureau, comme il fait à prezant: *que bien que ce fait ne soit pas veritable*: néantmoins aians remarqué qu'ils ont dessin de s'acomoder, on les y doit toujours recevoir. Sur quoi l'afaire mize en delibération. La Compagnie a prié Monsieur Perreau de rendre réponse à la mère Prieure, que le Bureau est tousjours prest de conférer avec lesdits sieurs du spirituel, quand il leur plaira venir au Bureau pour cet efet; et lui demandera réponse, quand elle en aura parlé ausdits sieurs du spirituel, et cependant que l'on continuera tousjours l'exécution des délibérations précédentes. (*Reg.* 31, p. 27).

1663. 9 *février.* — *Extrait des Registres de Parlement.* Veu par la Cour la requeste presentée par les Maistres gouverneurs et administrateurs de l'Hostel Dieu de Paris à ce qu'il leur fut permis d'informer contre ceux qui ont araché les reglement et arrest affichez en quatre endroictz de la salle des accouchées, mesmes d'obtenir et faire publier monitoire, cependant ordonna que Talnast huissier se transportera derechef audict Hostel Dieu et fera reafficher lesdits reglemens et arrest et celui qui interviendra aux lieux où ils ont desia esté et partout ailleurs ou besoin sera avecq deffence à toutes personnes de quelque qualité qu'ilz soient ny soubz quelque pretexte que ce soit de l'empescher et estant reaffichez de l'empescher gaster et effacer, oster ny aracher à peine de punition corporelle contre les contrevenans et ce sous despens dommages et interests ladicte requeste signée. Joinct conclusions du procureur general du Roy ouy le Rapport de M. Jean Donjat conseiller et tout considéré.

Ladicte Cour a ordonné et ordonne que par le conseiller rapporteur du présent arrest il sera informé des faictz contenus en ladicte requeste circonstances et deppendances à ceste fin obtenir monition en forme de droict. Enjoint à tous curez vicaires et autres prestres Icelle publier et fulminer a ce faire contraincts par toutes voyes deues et raisonnables mesme par saisie de leur temporel pour le tout communiqué audit procureur general et veu estre ordonné ce que de raison.

Cependant ordonne que par l'un des huissiers de ladicte Cour qui se transportera audict Hostel Dieu fera reafficher lesd. reglemens et arrests ensemble le présent arrest par tout où besoing sera faict deffenses à toutes personnes de l'empescher ny les oster et arracher sur telles peines qu'au cas appartiendra. Faict en parlement ce neuf fevrier mil six cens soixante trois.

. . . .

Le jeudy premier jour de mars mil six cens soixante trois, coppies du present arrest et d'iceluy du dix sept janvier precededent ensemble du reglement y mentionné ont esté mis et apposés sur des tableaux ou planches de bois de et iceux faict attacher en arc puis avec clous crampons par masson à la porte de la salle des accouschées de l'Hostel Dieu au dedans de ladite salle au lieu dict le chauffoir desdictes accouchées en une salle ou chambre proche au comptoir dudict Hostel Dieu. Et à la porte des cuisines d'iceluy à ce que nul n'en pretexte cause d'ignorance et sur lesdictes affiches faict deffences portées par les arrests d'oster ny arracher lesdicts reglemens sur les peines y contenues par nous huissier en ladicte cour soubsigné. TALNAST. (*Liasse* 875).

1663. 13 *février.* — Lecture faite au Bureau de l'arrest de la Cour du 9 février dernier par lequel il est ordonné que par devant Monsieur Donjat, conseiller rapporteur, il sera informé de ce que le reglement du Bureau pour la sale des acouchées, et l'arrest precedent de la Cour, qui avoient esté afichez dans l'Hostel Dieu par l'huissier Talnast, *ont esté arachez de nouveau*, sera obtenu monitoire, enjoint à tous Curez vicaires et autres prestres de le publier et fulminer, à ce faire contraints par toutes voies denés et raisonables, mesme *par saizie de leur revenu* temporel ; cependant lesdits reglement et arrest avec le prezant arrest reafichez par tout ou bezoin sera, defenses de l'empêcher, ni de l'aracher et oster, sur telles peines qu'il apartiendra. L'afaire mize en délibération, la Compagnie a aresté que ledit arrest sera exécuté par l'huissier Talnast, le grefier du Bureau prezant : et que ledit reglement sera colé sur des tables de bois, qui seront atachez avec crampons dans le mur, aux lieux où ils l'ont desjà esté (*Reg.* 31, p. 41).

1663. 2 *mars.* — Le grefier du Bureau a dit avoir exécuté la délibération du Bureau du 16 de fevrier dernier, touchant le règlement pour la sale des acouchées, lequel avec les deux arests intervenus sur icelui, a esté afiché par l'huissier Talnast aux lieux où il avoit desja esté, estant colé sur des tables de bois atachées avec crampons dans le mur ; et que personne n'y a formé aucun empeschement, bien qu'ils aient esté mis en prezance de pluzieurs persones, mesme des religieuzes et du prestre estant en semaine au banc (*Delib^ns^. Reg.* 31, p. 56.)

1663. 7 *mars.* — Monsieur Lhoste a dit que madame la première Prezidante lui aiant temoigné avoir appris le diferend qui est entre le Bureau et messieurs du spirituel de l'Hostel Dieu, et désirer contribuer ce qui seroit de son pouvoir de l'assoupir, il lui fit conoître que cela se pouvoit faire par une conference, dont il n'estoit question que de convenir du lieu ; que messieurs du spirituel la demandoient chez monsieur le Doien de l'eglize de Paris, que le Bureau ne s'y vouloit pas acorder. Mais ofroit la faire au Bureau, comme on avoit fait pluzieurs fois et en tout cas au logis de monseigneur le Premier Prezidant ; que ladite dame trouva ce dernier expediant bon, ofrit mesme sa chambre pour la conférance et promit d'en parler ausdits sieurs du spirituel et savoir leur reponse. Sur quoi a esté rapporté que le *reglement des acouchées attaché au banc du prestre en semaine a esté caché par une image de crucifix colée dessus et les autres effacez avec du charbon ou de la bouë* L'afaire mize en délibération, la Compagnie a prié ledit sieur Lhoste de voir aujourd'huy ladite dame première Prezidante pour savoir ce qu'elle a pris la peine de faire en cette ocazion, et quelle reponse elle a eu desdits sieurs du spirituel, et au cas qu'ils refuzent ladite conférance, suivant qu'il est dit ci-dessus, a aresté que les arestz de la Cour seront executez, ce faisant, informé contre ceux qui ont arraché ou efacé lesdits reglemens ; toutes les fois qu'ils ont esté afichez, et au cas que quelqu'un des serviteurs de la maizon par crainte des religieuzes ou autrement refuze de depozer ce qu'il sait de cette afaire, *qu'il sera mis hors de l'Hostel Dieu*, sans aucun délai ny esperance de rentrer, qu'il sera obtenu aussi monitoire et au cas que monsieur l'official de l'Archevesché qui est chanoine de l'eglise de Paris le refuze, qu'il en sera obtenu un de l'oficial de l'abaie de Sainte Genevieve-du-Mont de Paris, qui sera présenté à monsieur le maistre de l'Hostel Dieu pour le publier, et s'il en fait refus, on saizira et arestera ses gages et autres choses qui se trouveront lui apartenir et s'il se veut vanger sur les deniers qu'il reçoit pour l'Hostel-Dieu, il sera sommé d'en rendre compte à l'ordinaire ou par justice, et cependant ledit monitoire sera publié en l'église de Saint Christophe, en la paroisse de laquelle est l'Hostel Dieu et sera afiché en tous les endroits et ofices de l'Hostel Dieu (*Reg.* 31 et *Docum^ts^* tome I, p. 159.)

Cette fermeté des administrateurs mit fin à toutes ces sottises cléricales, et le différend fut terminé.

1664. — 27 *février.* — *Négligence des religieuses de la Pouillerie.* — Il a esté remonstré au Bureau le dézordre qui se commet en l'ofice de la Pouillerie de l'Hostel-Dieu, dont les religieuzes se servent pour retenir à leur service *grande quantité de garsons et filles qui sont beaucoup à charge à la maizon* (1), en sorte que le meilleur de cet ofice se consommant à ces chozes, le surplus qui en revient de profit à l'Hostel Dieu est très petit, eu égard au nombre des personnes qui meurent à l'Hostel-Dieu. Surquoy la Compagnie a aresté d'en délibérer plus amplement vendredy prochain, et de chercher les moyens d'oster aux religieuses le gouvernement de cet ofice, veu le profit considérable qui en reviendroit à l'Hostel-Dieu. (*Reg.* 52 et *Documents*, t. I, p. 164.)

Les relations sont toujours de plus en plus tendues entre les administrateurs et les chapelains. Ces derniers ne peuvent décidément leur pardonner de faire observer leurs règlements. Il règne entre ces deux puissances un froid glacial et une profonde antipathie qui se manifeste dans les plus petites occasions. En voici un nouvel exemple :

Il était d'usage à l'Hôtel-Dieu, lorsqu'une religieuse avait prononcé ses vœux, que les chapelains invitassent à dîner les administrateurs. Le 9 mai 1664, la mère Prieure vint prier la Compagnie de venir diner avec les directeurs du spirituel :

« La Compagnie a aresté de n'y point assister si messieurs les directeurs du spirituel ne veulent y disner à mesme table, comme il estoit ordinaire, atendu que ce disner n'a esté mis en usage que pour avoir lieu de conférer ensemble des chozes qui regardent l'administration spirituelle et temporelle de l'Hostel-Dieu, conjointement, et maintenir l'union entre ces deux Compagnies, de laquelle Messieurs du spirituel semblent vouloir se départir (2). »

6 *novembre.* — Ledit S^r^ maitre au Spirituel remontre au Bureau qu'il est très-dur de retrancher quelque chose sur les messes, et

(1) Se faire constamment servir et faire le moins possible a toujours été et sera toujours le grand défaut des religieuses hospitalières, véritables paresseuses de cloître, s'attribuant à elles seules les services rendus par leurs subordonnés.

(2) Il est impossible d'être plus mesquinement insolent et ridicule.

que le Bureau a interest de ne diminuer point le salaire des chapelains, *parce que c'est le seul moyen de trouver de bons sujets*. La Cie a repondu que la condition des chapelains est assez avantageuse pour y attirer des personnes de mérite (1).

1666. 22 *janvier*. — Dans un état de la recette du maître au spirituel des 3 derniers mois de l'année 1665, se trouve un petit incident comique, le M^e au spirituel : *couche 22 livres pour deux pistolles trouvées fausses*, dans l'argent de sa recette pour les messes, etc., et 4 livres pour la tare.

Le 23 juin 1666 une personne a donné avis à la Compagnie que quand il se présente à l'Hostel Dieu quelqu'un qui apporte quelque legs, *il est interrogé tant par aucuns eclesiastiques que relligieuses s'il y a quelques messes ou services à dire et celebrer, et que c'est au maître au spirituel à recevoir les legs*. (*Reg*. 34).

Le 17 février 1666, les religieuses cachent dans l'Hôtel-Dieu un marchand de charbon qui « *craignant les contraintes rigoureuses d'un particulier qui a obtenu un arrest contre luy, s'est refugié à l'Hostel Dieu comme en un lieu de seureté et y prendre ses repas.* »

1666. 7 *décembre*. — *Vol par les religieuses*. M. le Commissaire Thierce a dit que faisant la police, il a trouvé une femme vendant du suif et de la graisse tirée du pot, que, soubçonnant qu'il fut dérobé, il l'a interrogée, qu'il a reconnu qu'il luy avoit esté donné par des Relligieuses Cheftaines de l'Hostel Dieu pour le vendre; qu'elle en a vendu grande quantité, jusques la qu'un Chandelier a dit que de ce que ladite femme luy en a vendu depuis 4 mois, il en a emply un demy muid sans les 7 ou 8 pains qu'elle lui offroit alors. Sur quoy ayant fait lecture de l'interrogatoire tant de ladite femme que de son mary et de la deposition de deux témoins qu'il a ouys, la Cie a arresté qu'il en parlerait à la mère Prieure (2). (*Reg*. 34, p. 246).

1667. 3 *juin*. — *Sacristie, plaintes*. — Aiant esté remis a aujourd'hui ce qui fut remarqué au Bureau le dernier jour que M. le M^e de l'Hostel Dieu au spirituel avoit *donné, au Sr Btug ci-devant-chapelain de l'Hostel Dieu une chazuble* de la sacristie dudict Hostel Dieu, M. De Gomont a dit que le dit S^r M^e lui a dit autrefois, qu'il prioit le Bureau, quand il y avoit quelque choze dont il croiroit avoir sujet de se plaindre de lui, de le lui faire dire en particulier, et qu'il y donneroit toute satisfaction.

La Compagnie a prié ledit Sr de Gomont de temoigner audit S^r maître *qu'il ne donne aucune chose de la sacristie sans l'autorisation du Bureau*. (*Reg*. 35, p. 114, verso).

1667. 3 *août*. — *Chapelains, plaintes*. — Un de Messieurs a dit que le menuisier ordinaire de l'Hostel Dieu lui a donné advis que M. le Maistre de l'Hostel Dieu au spirituel lui avoit donné charge de faire une tablette pour mettre des livres dans le réfectoire des Ecleziastiques et avoit promis de le paier : mais que le Bureau y a double intérest, tant parce que cette depense pouvoit estre prize sur le profit de la sacristie, que parce que à l'avenir, si les livres se trouvoient perdus, on voudroit engager le Bureau à en acheter d'autres. Sur quoi la Compagnie a aresté de ne point autoriser que ladite tablette soit faite. (*Reg*. 35, p. 162).

Les autres hôpitaux dirigés par des religieux n'allaient guère mieux que l'Hôtel-Dieu. En effet, la grande chambre du Parlement est saisie au mois d'août 1667 d'un procès entre les frères hospitaliers de la Charité « *dont quelques uns se plaignent des autres de la mauvaize administration qu'ils font des biens dudit hôpital, tant de revenus ordinaires, que de ceux qui leur sont faits charitablement.* »

1667. 31 *août*. — Monsieur Perreau a dit que la mère Prieure lui a demandé une augmentation de quarante chandelles par semaine pour deux servantes qui veillent la nuit avec les Religieuzes, à cause que le nombre des religieuzes n'est pas assez grand pour en faire veiller le nombre ordinaire, sur quoy a esté remarqué que ces servantes veilleresses est une nouveauté de très dangereuse conséquence, non seulement à cauze que les pauvres n'ont pas un respect égal pour ces servantes que pour les religieuzes, et qu'il en peut ariver de mauvais accidens, *mais encore parce que cette nouveauté peut estre introduite* a *dessin de dispenser peu à peu les religieuses du service des pauvres, et le faire faire par des servantes, que si le nombre des religieuses est petit, c'est qu'elles aportent trop de dificulté à recevoir celles qui se prézantent, n'en voulant que de bonne famille, et trop de facilité à les renvoier, mesme après six années de service*. L'afaire mize en deliberation, la Compagnie à cause de l'importance de cette afaire a prié MM. Perreau et Legendre d'en communiquer avec Monseigneur le Premier Prezidant pour sur sa reponse en deliberer plainement au Bureau et en sa prézance s'il le trouve à propos. (*Reg*. 35 et *Docum*^{ts}, tom. I. p. 181).

1667. 2 *septembre*. — Messieurs Perreau et le Gendre ont dit avoir eu l'honneur de parler à Monseigneur le Premier Prezidant, de ce qui concerne les servantes veilleresses de l'Hostel Dieu : et qu'il a promis de venir aujourd'hui au Bureau. Ce qu'il a fait ; mais a cause qu'il estoit tard ; l'afaire n'a point esté mize en déliberation ; mais seulement ledit seigneur President a dit, qu'il est certain qu'il faut soulager les Religieuzes autant qu'on le peut ; mais que cette nouveauté, de se servir de servantes Religieuzes du service des pauvres, et les reduire à l'estat des Religieuses de chœur, comme on en a trop d'exemples ailleurs : ce qui est un grand mal, qu'il faut prevenir, et empecher autant qu'il se poura. (*Reg*. 35, p. 188).

1667. — 2 *décembre*. — *Plaintes contre le M^e au spirituel*. — Monsieur Perreau a dit qu'aiant eu avis d'un legs de 150 francs fait à l'Hostel Dieu par le nommé de la Fosse, il a envoié le Sr Cudelo aux Srs Courtier et Goureau, exécuteurs du testament pour en avoir paiement : *qu'ils lui ont dit l'avoir paié à M. Boucher, maistre de l'Hostel Dieu au spirituel*, qui leur en a été donné quittance le 3 août dernier, portant que ledit Sr Boucher, M^e dudit Hostel Dieu, a receu ladite somme desdits sieurs exécuteurs, à la charge d'un service complet et trois hautes messes, qui ont esté dites le mesme jour, de laquelle somme il les quite. Surquoy a esté remarqué au Bureau que ledit *S^r M^e au spirituel n'a point le droit de recevoir aucun legs fait à l'Hostel Dieu, non pas mesmes souz prétexte de charges, de services et messes*, que si on a soufert qu'il ait receu des legs au dessouz de 10 fr., ce n'est que par tolérance et pour plus grande facilité, lors qu'il ne se trouvait personne au Bureau pour les recevoir : et qu'il a encore *moins le droit de dire qu'il en quite lesdits exécuteurs, estant le Bureau seul a donner la quitance*.. Surquoy l'afaire mize en deliberation, la C^e a prié M. le Gendre de faire entendre audit *S^r M^e au spirituel que le Bureau ne trouve pas bon ce procédé*, et le prie que cela ne se fasse plus à l'avenir, mais d'envoyer à M. le Receveur ou à M. Perreau, administrateur rezidant ceux qui aporteront le paiement de quelque legs que ce soit, fait à l'Hostel Dieu. (*Reg*. 35, p. 232.)

On sait qu'il fallait payer un droit pour passer sur le pont de l'Hôtel Dieu. A chaque instant, les religieux essayent de faire échec aux règlements du péage.

1669. — 10 *juin*. — « Un religieux bernardin est venu se plaindre au Bureau de ce que l'on a voulu faire paier à son valet le droit de passage sur le pont de l'Hostel Dieu, bien que les autres valets des religieux ne paient point. — La Compagnie a répondu qu'il n'y avoit *personne exempt de paier* et que si le fermier du pont en laisse passer gratuitement quelques-uns cela est de sa libéralité, et partant lui a refuzé l'ordre, par écrit, qu'il demandoit du Bureau audit fermier de laisser passer ledit valet sans paier. (*Reg*. 37, p. 121.)

1670. — 7 *novembre*. — *Sans-gêne des religieuses*. — M. le Gendre a dit que, revenant de la campagne, il avoit passé par l'hospital Sainte-Anne et avoit esté extrêmement surpris d'y trouver quantité d'ouvriers, dont pluzieurs travailloient à un parterre de broderie de buis et d'autres à achever une tranchée de 4 pieds de large et autant de profondeur, qu'ils ont fait le long des bastiments dudit hospital pour la remplir de fumier afin d'y planter des arbres fruitiers, et ayant demandé au concierge de quel ordre cette besogne se faisoit, il lui avoit esté repondu qu'un habitant de Vitry ou d'Ivry, *frère d'une religieuze*, comandoit aux ouvriers, et que *c'étoit l'ordre des religieuzes*. Et sur ce que ledit S^r le Gendre blasma le concierge de ce que luy aiant pluzieurs fois défendu de rien laisser faire dans la maizon par ordre du Bureau, il avoit repondu qu'il s'estoit opozé à ces desseins, et avoit dit qu'il en avertiroit ledit Sr Legendre, mais qu'on lui avoit expressément défendu de le faire. Ce qui aiant paru dans toutes ces circonstances une entreprise formelle contre le Bureau et contre le bien des pauvres. Ce qui l'a obliger d'aler audit hospital où il a fait aracher le buis du parterre et combler les tranchées faites avec si peu de raison *le long des fondations et des caves des bastiments* et retablir les chozes en leur premier estat, donc il a creu devoir rendre compte à la Cie. (*Reg. II. St-Louis et St-Anne*, 11, p. 32 (*verso*.)

1671. — 24 *juillet*.—*Singuliers domestiques employés par les religieuses*. — Monsieur Perreau a dit qu'un des plus grands dezordres qu'il a tousjours veu dans l'Hostel Dieu est une bande de certains garsons qui y sont journelement, comme dans une place publique, à atendre que chacune des religieuses qui en ont bezoin,

(1) *De bons sujets!* Les prêtres avouent eux-mêmes que beaucoup des leurs, chargés d'adorer ce Dieu que madame de Sévigné aimait « *comme un très galant homme que l'on n'a jamais connu*, » étaient loin de posséder toutes les vertus.

(2) L'affaire fut étouffée et les religieuses sûres de l'impunité purent désormais recommencer leur petit trafic.

les viennent prendre les uns après les autres, pour les emploier soit à porter le bois et l'eau dans leurs ofices, soit à porter des fardeaux de linge, couler et laver des lessives, et faire autres ouvrages de peines, ce que l'on n'a jamais pu empescher, *et les religieuses qui n'ont pas d'argent pour les paier*, ELLES LES NOURRISSENT GRASSEMENT, LES CHARGENT DE PAIN ET DE VIANDE, mais, qui plus est, ELLES LEUR DONNENT ABONDAMMENT LE VIN DES PAUVRES MALADES, qu'elles en privent, par ce moien, à quoy n'aiant peu trouver de remède jusqu'à présent, quoique quelques-uns de messieurs luy en aient parlé plusieurs fois, et qui se sont mesme mis en peine depuis pluzieurs années de vouloir empescher telz dézordres, mais ledit sieur Perreau connaissant estre IMPOSSIBLE D'Y PARVENIR (1), que quelque occasion favorable se présentant, qu'il faloit atendre en patience, mais qu'il donoit avis à la Compagnie qu'il la trouve prezentement aussi favorable qu'on la puisse souhaiter, *la mère Prieure le persécutant depuis un mois pour ordonner du vin extraordinairement et journellement* pour toutes les lessives, ce qu'il a refuzé, si elle ne fait assembler la souz prieure, les anciennes et quelques cheftaines, pour conférer pour toutes les nécessitez de la maison, moiennant quoi, il leur accorderoit tout ce qu'elles demanderoient, à quoi ladite mère Prieure a fait la sourde oreille jusqu'à prézent, *quoiqu'il luy ait réitéré plus de six fois* sachant ainsy que TOUTE LA COMMUNAUTÉ Y DONNE LES MAINS AVEC JOIE, car il ne faudroit pour tout ce travail *qu'augmenter de 4 ou 6 domestiques* (2) *à gages* qui seroient destinez à faire seulz toutes ces chozes, ce qui osterait entièrement l'usage de cette place et de ces garsons *qui sont autant de voleurs et gens que l'on a tous chassez de l'Hostel Dieu pour larsin et leurs vices*, laquelle proposition la Compagnie a agrée et prié ledit sieur Perreau de la faire réussir, ainsi qu'il jugera pour le mieux. (*Reg.* 39 et Doct[s], tom. I, p. 192).

Quelques jours auparavant, la Compagnie avait puni un domestique de l'Hôtel-Dieu qui remplissait mal ses fonctions.

1672. 7 *octobre*. — M. Perreau a dit que le M[e] au spirituel ne veult point satisfaire à ce qui a esté aresté au Bureau, touchant le serviteur du couvent des eclezîastiques, bien qu'on ait retranché sa pitance, trouvant moien de le nourir ailleurs, mais encore a dit au Confesseur des domestiques qu'il vouloit qu'il receut de lui le salaire des messes d'un annuel; que le Bureau a acoutumé de lui paier (3). (*Reg.* 40, p. 167).

1675. 15 *mars*. — *Defense faite aux religieuses de recevoir en dépot les valeurs et autres objets*. — Ledit S. Perreau a dit que le Bureau aiant ci-devant trouvé mauvais que les religieuses de l'Hostel Dieu *se chargeassent de cofres et hardes de diverses personnes de la ville*, et aiant fait promettre à la mère Prieure de ne le plus soufrir, à cauze des grandes conséquences qui pouvoient en ariver: la mère Prieure lui a donné avis, qu'une dame de qualité, non commune de biens avec son mari, lui demande la permission de mettre en dépost à l'Hostel Dieu quelques cofres qui lui appartiennent; de quoi son mari est consentant. Ce que la Compagnie ayant mis en delibération, n'a voulu acorder; et areste que si ladite dame a desja quelque choze à l'Hostel Dieu, il lui sera rendu. (*Reg.* 43, p. 55).

1676. 24 *janvier*. — *Plaintes contre les chapelains*. — Monseigneur le premier Prezidant aiant esté informé de la plainte faite le 22 dernier contre les Chapelains de l'Hostel Dieu, de ce qu'ils s'ingèrent d'aler dans *les logis des pauvres morts à l'Hostel Dieu*, et y prendre et donner decharge par ecrit de ce qu'ils y trouvent apartenir au défunt, soit qu'il ait fait testament ou non; *et ne raportant rien de tout à la recette de l'Hostel Dieu, soit qu'ils le fassent tourner à leur profit particulier ou qu'ils le delivrent aux religieuses de l'Hostel Dieu qui y envoient aussi* quelquefois leurs servantes et garsons d'ofice.

La Compagnie a trouvé le procedé mauvais et, ledit Seigneur Prezidant en a averty le S[r] Maistre afin qu'il fasse defenses ausdits chapelains de ne plus agir de la sorte, et M. Perreau a promis d'avertir la mère Prieure de faire la mesme chose vers ses religieuses. (*Reg.* 44, p. 18, *verso*).

On voit que la recherche des héritages, voire même leur captation a été de tout temps l'apanage du clergé.

1676. 12 *février*. — *Legs, plaintes*. — Monsieur Perreau a dit qu'un laquais est venu lui demander quitance d'un legs de cent livres fait à l'Hostel Dieu en 1661, pour lequel on a donné des draps, dont il a presenté le recepissé qu'il dit estre d'une religieuse de l'Hostel Dieu, *bien qu'il n'y en ait point eu dans l'Hostel Dieu qui ait porté ce nom*. (*Reg.* 44).

1677. 18 *mars*. — On a donné avis à Monss[gr] le 1[er] Prezidant du procedé du S[r] Heurtel qui, *de peur d'attrapper le scorbut*, refuse de manger en la communauté des domestiques de l'hospital St-Louis. La plainte est portée au directeur spirituel de l'Hostel Dieu sur la desobeissance du S[r] Heurtel.

Le M[e] au spirituel répond qu'il n'a pu réduire ledit Heurtel et que cela depend de Messieurs du spirituel tous ensemble. Surquoy ayant esté remarqué que lesdits directeurs du spirituel negligent de donner des ordres ordonne la C[ie], que si le S[r] Heurtel continue à ne vouloir point manger en la communauté, il ne lui sera fourni aucuns vivres ailleurs et defenses seront faites à tous les oficiers et domestiques dudit hospital de lui en porter, ni aux autres eclesiastiques de l'hôpital s'ils font mesme refus, et les religieuses sont priées de ne leur en point donner aussi. (*Registres des Delib*[ns] *de l'hôpital St-Louis et Ste-Anne. Reg.* 2, p. 51).

Le 7 avril, le S[r] Heurtel ayant persisté dans le refus de venir prendre ses repas dans la sale de la communauté, la C[ie] a arresté que dez demain ledit S[r] Heurtel sera congedie (1). (*Reg.* p. 52).

29 *novembre*. — Il a esté dit au Bureau que les relligieuses de l'Hostel Dieu estant extraordinairement fatiguées à cause du grand nombre des malades qui sont audit Hostel Dieu et à St-Louis qui passe 3.600 personnes, ce qui a réduit à l'Infirmerie jusqu'à 45 desdites relligieuses en même temps, et a *obligé de prendre du secours des servantes*, lesquelles *il faut habiller*, priant le Bureau de fournir les estoffes necessaires pour cela, ce que la compagnie ayant mis en delibération n'a voulu accorder a cause de la consequence, cela n'ayant jamais esté prattiqué dans l'Hostel Dieu, le Bureau ayant souffert qu'on ait revestu lesdites servantes des meilleurs habits des pauvres morts audit Hostel Dieu, et d'autant qu'il a esté dit que si les Relligieuses estoient dispensées d'aller a la lavanderie comme elles ont accoutumé, il y en auroit beaucoup moins de malades et la fatigue des saines seroit bien moindre. La Comp[e] a prié M[rs] Levieux et Chandellier d'en conférer avec M. Perreau et avec la mère Prieure pour voir ce qui peut estre fait en cette occasion pour le mieux (2). (*Reg.* 47).

1692. — *Mercredy 2 juillet*. — *Reglement pour les garçons et filles des offices de l'Hotel Dieu. On leur accorde des gages*. — Sur ce qui a été dit qu'il se commet beaucoup d'abus dans l'Hôtel-Dieu par les garçons et les filles d'office étant au nombre de soixante-dix-sept, dont quarente-cinq garcons et trente-deux filles, lesquels pour la plupart n'y restent qu'en attendant qu'ils ayent trouvé d'autres conditions, Et sous pretexte qu'ils n'ont point de gages, ils ne font point leur devoir, emportent ce qu'ils peuvent atraper, negligent le service des malades et même qu'il y en a souvent de surnuméraires, parce qu'on ne le connoit point a cause qu'ils changent tous les jours. Et on a remarqué qu'il seroit très utile de faire un reglement à ce sujet, portant que *l'on donnera des gages modiques*, scavoir a chacun garçon *quarente-cinq livres* et à chaque fille *trente-six livres* (par an), ce qui coûtera moins à l'Hotel Dieu que tous les entretients de la maniere qui leur sont fournies des meilleurs habits de la Pouillerie avec chaussures et linges qu'ils emportent à mesure qu'ils sortent, que pour les contenir dans leur devoir, ils seront tous receus au Bureau, qu'ils ne changeront point des offices où ils auront été mis, ne pouront sortir sans la permission par écrit de la mère Prieure, ne decoucheront sans l'ordre du Bureau, que pour les reconnoitre, on donnera aux garçons des justaucorps et aux filles des juppes et des manteaux de serge d'une même étoffe, qu'ils ne porteront que du linge uni sans dentelles. Les garçons auront des bonnets et point de chapeaux et les filles des *cornettes* et point de coiffes. Et pour faire connoitre qu'outre le bon ordre que ce Reglement aportera dans la maison, il en reviendra encore du profit à l'Hotel Dieu. Monsieur Marchand a fait un mémoire duquel il resulte que les deniers provenans de la vente des habits des pauvres qui deccederont à l'Hotel Dieu, doivent monter par évaluation d'années commencées à quatre mil livres par an, à quoy joignant sept cent soixante-dix livres au moins pour le linge qui étoit fourny à ces garçons et filles et ne le sera plus, ces deux sommes font ensemble quatre mil sept cent soixante-dix livres, et que la dépense des gages, des justaucorps, juppes et manteaux ne montera au plus qu'à trois mil huit cents livres. En sorte que l'Hôtel-Dieu aura de bon neuf cent soixante-dix livres, qui est une somme plus forte que celle qui est raportée ordinairement par

(1) Il est aujourd'hui des administrateurs se disant républicains qui n'ont pas le courage d'affirmer ce que disait, en 1671, M. Perreau, et qui soutiennent encore les religieuses, tout en criant bien haut qu'ils veulent les chasser.

(2) On en prenait plus de cent! Il y en avait au moins quatre-vingts qui ne faisaient rien.

(3) On ne peut mieux entretenir la rébellion.

(1) Le chapelain Heurtel, l'élu de Dieu, ne brillait assurément pas par le courage. Les prêtres ne sont pas tous des Belzunce et des Fénelon, tandis que les médecins, être si peu privilégiés du maître suprême, se font un devoir de braver la contagion.

(2) Les religieuses cherchent toujours à ne rien faire. Et dire qu'après semblables faits des entêtés soutiendront encore qu'il est impossible de s'en passer!

la Religieuse mère de la Pouillerie en fin de chaque année. Mais la Compagnie aiant trouvé l'affaire importante, elle a receus d'en être délibéré au Bureau de l'Archevêché.

On voit par cette délibération dans quel état se trouvaient les services de l'Hôtel-Dieu. Les religieuses oubliaient souvent le soin des malades pour la méditation, la confession et autres occupations en dehors de leur rôle. Elles confiaient la garde des salles, pendant leurs continuelles absences, à ces filles et garçons d'office qui, ne recevant point de salaire, travaillaient à contre cœur et négligeaient absolument leurs fonctions, et, pour un oui ou pour un non, s'esquivaient sans mot dire de l'Hôtel-Dieu, emportant avec eux les meilleurs vêtements qui se trouvaient à la Pouillerie. Pour les remplacer, il fallait alors prendre le premier venu. Comme on ne payait personne, le personnel était sinon difficile à recruter, du moins très mal composé. Il y avait toujours, sur la place du Parvis, quantité de mendiants et de vagabonds, mêlés à des gens sans aveu, voleurs, coupeurs de bourses, et autres particuliers tout aussi intéressants. C'était cette sorte de gens et les convalescents de l'Hôtel-Dieu qui formaient, à cette époque, le corps des infirmiers et des infirmières.

Le Bureau de l'Hôtel-Dieu s'était ému, à maintes reprises, d'un tel état de choses. Les vols étaient nombreux dans l'établissement, les disputes fréquentes et il était fort difficile d'amener un semblable ramassis de gens à la soumission et à l'obéissance. Mais tous ses efforts avaient échoué devant l'obstination des religieuses et malgré ses ordres de «*faire chasser un tas de personnes débauchées qui rôdent à toutes heures autour de la porte de l'Hostel Dieu et sur le pont diceluy,*» Elles continuaient toujours à recruter leurs gens d'offices parmi ces vagabonds.

La délibération du 2 juillet 1692 va améliorer quelque peu le recrutement des garçons et filles de service à l'Hôtel-Dieu, et l'on peut même faire dater de ce jour la première fondation sérieuse du corps des infirmiers et des infirmières à l'Hôtel-Dieu.

A. ROUSSELET.

Laïcisation des Maisons de Secours, de Saint-Louis et du Bureau de bienfaisance de Laon.

Les Maisons de Secours du XIVe arrondissement ont été laïcisées le 30 décembre. Les religieuses de Saint-Vincent-de-Paul qui faisaient le service ont été remplacées par les laïques.

La plupart des journaux qui annoncent cette mesure ajoutent que la laïcisation des hôpitaux Saint-Louis et de la Charité a eu également lieu. Cela n'est pas encore exact. C'est le 23 janvier qu'aura lieu la laïcisation de la Charité. En ce qui concerne l'hôpital Saint-Louis, voici ce qui a été fait. Un décret de 1810, réinstallant les Augustines à l'Hôtel-Dieu et les chargeant de la Pitié et de St-Louis, M. Peyron a dû consulter son *Comité consultatif* qui a déclaré que le rapport du décret n'était nécessaire que pour l'Hôtel-Dieu et que l'Administration avait le droit d'ores et déjà de remplacer les religieuses de Saint-Louis par des laïques. Ce ne sera donc que dans 2 ou 3 mois pour Saint-Louis, 4 ou 5 mois pour l'Hôtel-Dieu que la laïcisation pourra être faite, conformément, d'ailleurs, au vœu adopté le 27 décembre dernier par le Conseil municipal sur la proposition de M. Strauss.

— La Municipalité de Laon vient de laïciser le bureau de bienfaisance de cette ville. Elle a congédié les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Thèses de Doctorat soutenues pendant le mois de décembre 1887.

MM. LACARRIÈRE : Contribution à l'étude de la géographie médicale (souvenirs médicaux du poste de Hayes (Haut-Sénégal) 1885-1886). — BOSSUET : Recherches sur quelques points intéressant la topographie médicale de Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure). — LACAYRE : De la syndactylie et de son traitement (Ligature élastique). — REY : Contribution à l'étude de quelques troubles intestinaux dans les affections utérines. — CARDES : Contribution à la chirurgie des plaies pénétrantes du crâne par armes de petit calibre, — CAPURON : Etude sur la blessure des vaisseaux mammaires internes.— BOUDRY : Etude d'hygiène et de médecine légale sur le tatouage professionnel et les accidents oculaires d'origine professionnelle chez les ouvriers meuliers. — MENDÈS-BONITO : De la Pharyngomycose. — DURAND : Le fort de Bafoulabé (Haut-Sénégal 1884-1886). — ROBY : Etude sur le traitement de la pneumonie par le tartre stibié. — DE LAULANIÉ : Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde et en particulier de sa transmission par les eaux. — BRANELLEC : Contribution à l'étude de la filaire de Médine — SICARD : Etude sur le Mimétisme. — PINARD : Quelques considérations sur l'hygiène des navires employés comme transports pour la Nouvelle-Calédonie. — HOUDART : Contribution à l'étude de la terpine en thérapeutique. — LARAUZA : Sur un cas de hernie inguinale oblique interne chez un nouveau-né. — BAISNÉE : Contribution à l'hygiène nautique du choléra à bord des navires de la marine française. — COMTE-LAGAUTERIE : Etude sur une épidémie de Dengue en Nouvelle-Calédonie (1884-1885).

Intérêts professionnels : Cession d'une clientèle de médecin.

Le tribunal civil de la Seine vient de décider que la cession d'une clientèle de médecin est licite en tant qu'elle oblige le cédant, d'après la convention, à recommander son successeur à ses clients et à s'abstenir de l'exercice de sa profession au préjudice du cessionnaire. Voici quelques-uns des considérants relatifs à cette décision : Attendu que le Dr X...a, le 8 avril 1886, cédé sa clientèle au Dr Z..., et son droit au bail de l'appartement qu'il occupait; Attendu que cette cession est licite, en tant qu'elle oblige le cédant, d'après la convention, à recommander son successeur à ses clients et à s'abstenir de l'exercice de sa profession au préjudice du cessionnaire ; Attendu que le Dr Z... ne précise aucun délit de fraude ou de dol qui aurait vicié le contrat; Qu'il ne peut utilement soutenir que la clientèle qui lui a été cédée n'appartenait pas au D^r X .. et était celle d'un autre médecin; Que le Dr X... justifie qu'il avait fait, en 1884, les mêmes conventions avec un autre médecin et qu'il n'a consenti aussi promptement sa cession au Dr Z... qu'à raison de sa nomination de médecin dans un asile d'aliénés ; Attendu que le Dr Z... a payé son prix à l'aide d'un transport d'une somme de 7.700 francs consenti au Dr X... Ordonne que les sommes seront versées au Dr X... Condamne Z... aux dépens.

Hommage à Mlle Nicolle, surveillante à la Salpêtrière.

Nous extrayons du *Bulletin municipal* le passage suivant :

M. SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA PRÉFECTURE DE LA SEINE. — J'ai l'honneur de faire savoir au Conseil que M. le Président de la République s'est rendu aujourd'hui à 2 heures à l'hospice de la Salpêtrière, et a remis la croix de la Légion d'honneur à Mlle Nicolle, surveillante, qui, vous le savez, dirige depuis 32 ans le service des enfants (Très bien !).

Je communique cette nouvelle qui vous sera certainement agréable ; je me rappelle en effet que lors d'une visite que je faisais le mois dernier à cet établissement, avec un certain nombre de membres du Conseil, ils insistaient pour que cette distinction fût donnée à Mlle Nicolle. Je suis heureux pour ma part que ses services et son dévouement soient récompensés. (Très bien ! Très bien !... Applaudissements.)

M. LE PRÉSIDENT. — Acte est donné à M. le Secrétaire général de sa communication. C'EST UN HONNEUR POUR LE PERSONNEL LAÏQUE DE NOS ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET CET HONNEUR, LE CONSEIL LE SAIT, EST PLEINEMENT MÉRITÉ. (Très bien !)

Voici quelques détails sur la visite de M. Carnot :

A son entrée dans l'établissement, il a été reçu par M. Sarrien, ministre de l'intérieur, ainsi que par MM. Peyron, directeur de l'Assistance publique ; Derouin, secrétaire général ; Mourlan, chef de la division des hôpitaux et hospices ; Le Bas, directeur de l'hospice; Amaury, économe; Voisin, Millard, Goupy, membres du conseil de surveillance ; Thomas, maire du 13e arrondissement ; M. Bourneville, député de la Seine, directeur des écoles municipales d'infirmières; les docteurs Joffroy, Terrillon, Séglas, Gilles de la Tourette, A. et J. Voisin, Falret, le pharmacien en chef Viron et les internes attachés aux différents services. Après les présentations, M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, a souhaité en ces termes la bienvenue à M. le président de la République :

Monsieur le Président,

Au nom de tous ceux qui collaborent à cette grande œuvre de l'Assistance publique parisienne, je vous exprime notre profonde reconnaissance pour la pensée généreuse qui vous a dicté cette visite. Mais c'est surtout au nom des pauvres dont nous nous glorifions d'être les serviteurs, que nous vous remercions de cette marque nouvelle de la prédilection que porte aux œuvres de la bienfaisance le gouvernement de la République que vous représentez si dignement devant la France et devant l'Europe. Cette visite, dont nous garderons le précieux souvenir, nous sera une récompense pour nos efforts passés et un encouragement pour l'avenir.

M. Carnot a remercié M. le directeur de l'Assistance publique des paroles qu'il venait de lui adresser et a ajouté :

J'ai tenu à ce que ma première visite fût pour un de nos établissements hospitaliers, afin d'honorer le dévouement dont font preuve envers les déshérités de la fortune et de la nature le conseil municipal de Paris, le corps des médecins et l'administration de l'Assistance publique.

Le personnel des surveillantes et des infirmières attendait, dans la salle des cours, M. Carnot et les personnes de sa suite. Elles étaient en toilette de fête : robe noire, bonnet de tulle noir, fichu de satin garni de dentelle noire et ouvrant sur un corsage de batiste blanche. Là, M. Peyron a présenté à M. le président de la République Mlle NICOLLE et il lui a fait connaître en ces termes les services rendus par elle à l'administration de l'Assistance publique :

Monsieur le président,

Depuis trente-cinq ans (1) qu'elle est à la Salpêtrière, Mlle Nicolle a toujours été le modèle de tous les dévouements, se consacrant à la fois à l'éducation de nos petites filles idiotes, arriérées et épileptiques, et à l'instruction primaire de nos infirmières laïques, qu'elle prépare aux leçons des cours théoriques. Mlle Nicolle a apporté dans cette double tâche le même esprit de sacrifice et d'abnégation.

Les palmes d'officier d'Académie et un prix Montyon ont déjà récompensé ses mérites ; vous allez, monsieur le président, par une distinction plus haute encore, couronner cette noble carrière, et toutes ces femmes qui, dans nos hôpitaux, donnent sans compter leurs fatigues et leurs peines, se sentiront honorées et récompensées par cet acte de haute justice.

M. Carnot s'est alors avancé vers Mlle Nicolle et lui a remis la croix de la Légion d'honneur. Il lui a dit qu'il était heureux de récompenser le dévouement opiniâtre avec lequel elle s'est consacrée à l'éducation des petites filles idiotes et épileptiques. Il a ajouté qu'il avait tenu à lire intégralement le rapport à la suite duquel un prix Montyon lui a été accordé. Puis, faisant allusion aux services rendus par Mlle Nicolle comme institutrice primaire à l'*Ecole professionnelle des infirmières* de la Salpêtrière depuis 1878, il a terminé ainsi :

La récompense qui vous est accordée marque l'intérêt que le gouvernement de la République prend à vos services. Elle sera un encouragement pour vos compagnes et pour vous-même à continuer l'œuvre que vous avez si bien commencée.

M. Carnot a visité ensuite la cuisine, deux des sections d'aliénées, l'école des enfants idiots et épileptiques dirigée par Mlle Nicolle, les bains, le service de M. Charcot, le musée et l'une des salles du bâtiment Mazarin.

Avant de se retirer, M. Carnot a adressé des félicitations au directeur de l'Assistance publique, au directeur de l'établissement et au corps médical. Il a remis au directeur une somme de cinq cents francs destinée à être distribuée aux femmes âgées et indigentes.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 9. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Budin, Delens, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Déjerine.

MARDI 10. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Quinquaud. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie (Charité) : MM. Panas, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Cornil, Joffroy.

MERCREDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Rémy, Reynier ; — Oral (1re partie) : MM. Delens, Marc Sée, Brissaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Budin, Reclus.

JEUDI 12. — (Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Le Fort, Duplay, Brun. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Raymond, Schwartz ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Laboulbène, Bouilly. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Jaccoud, Legroux, Ballet

VENDREDI 13. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Gautier, Guebhard. — 1er *d'Officiat* : MM. Marc Sée, Rémy, Reynier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Segond, Ribemont-Dessaignes. — 4e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Olivier, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Budin, Delens, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Hayem, Fournier, Brissaud.

SAMEDI 14. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Fernet, Quenu. — 2e *d'Officiat* (Définitif) : : MM. Duplay, Dieulafoy, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Legroux, Troisier, Peter, Cornil, Raymond.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 11. — M. Clouard. Du traitement de la pleurésie franche aiguë par la diète lactée. — M. Thouvenet. Hypertrophie du cœur. — *Jeudi* 12. — M. Lauth. Cirrhose tuberculeuse. — M. Hocquet. Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie. — M. Macé. Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques. — M. Barbier. Albuminurie diphtérique. — M. Jeanton. — Albuminurie dans la maladie de Bright.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr E. A. Félix DALLY.

M. le Dr Eug.-Alex.-Félix DALLY, ancien président de la Société d'Anthropologie et de la Société médico-psychologique, membre des Sociétés médicales des VIIIe et XVIIe arrondissements, des Sociétés de thérapeutique et de médecine pratique, membre de la commission de gymnastique au ministère de l'intérieur, etc., etc., vient de mourir le 30 décembre, à l'Etang-la-Ville (Seine-et-Oise), à l'âge de 54 ans. Pendant plusieurs années, il prit une part active aux discussions de la *Société médico-psychologique*, notamment sur la *responsabilité partielle*, sur le *vitalisme* et l'*animisme*. Il en faisait partie depuis 1862.

Parmi les communications faites à la Société d'Anthropologie par M. Dally, nous citerons l'*éloge de James Hunt ;* — un rapport sur les *travaux anthropologiques de Broca ;* — les comptes rendus des travaux de la Société de 1863 à 1865 ; — *sur les dégénérescences humaines ;— Observations sur les Galibis*, etc., etc.

Nous citerons encore les brochures suivantes intitulées : *L'ordre des primates et le transformisme* (1869).—*Du torticolis occipito-atloïdien* (1876). — On lui doit la traduction de : *La place de l'homme dans la nature* de Huxley (1868), et plusieurs articles dans le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, entre autres l'article *Main* (anat. comparée et anthropologie), etc., etc.

FORMULES

I. Liniment contre les Tannes (HÉBRA).

I. Savon vert.	50 grammes.	
Esprit de vin	100	—

Dissolvez à une douce chaleur et ajoutez :

Essence de lavande. . .	ãã 1 gr. 50.
Essence de bergamote . .	

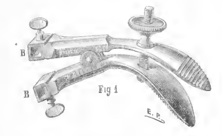
NOMINATIONS. — Par décret en date du 16 décembre 1887, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve : au grade de médecin-major de deuxième classe. — 2e corps d'armée : M. Lenoël, médecin aide-major de première classe, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Amiens. — 3e corps d'armée : MM. les docteurs aides-majors de deuxième classe Letulle, médecin des hôpitaux de Paris ; Lerefait, médecin adjoint des hôpitaux de Rouen. — 6e corps d'armée : M. Berbez, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris. — 10e corps d'armée : M. Hartmann, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris. — 14e corps d'armée : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Augagneur, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon ; Audry, médecin de Lyon ; Comte, chirurgien adjoint de l'hôpital de Grenoble : Porteret, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon. — 15e corps d'armée : MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Blanc, chef de clinique à la Faculté de médecine de Lyon ; Giraud, chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille.

(1) Mlle NICOLLE est née à Paris le 22 octobre 1822. Elle est entrée à la Salpêtrière le 19 mai 1850, avec le grade de sous-surveillante, Elle a été nommée surveillante le 5 mai 1877. Elle a eu le prix Montyon en 1879 et a été nommée officier d'Académie la même année.

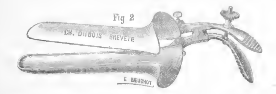
INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Nouveau spéculum à valves amovibles de M. Dubois, fabricant d'instruments de chirurgie.

L'extension prise, dans ces dernières années, par l'étude des maladies utérines, a vulgarisé dans une large mesure l'emploi du spéculum. Le grand nombre d'instruments de ce genre créés depuis lors démontre bien la nécessité pour le praticien d'avoir à sa disposition une série de spéculum, variant suivant les cas, de



forme et de grandeur. Un semblable arsenal ne laisse pas que d'être, tout à la fois, embarrassant et coûteux. M. Dubois a cherché à obvier à ce double inconvénient et à résoudre le difficile problème d'un instrument unique remplissant toutes les indications. Le spéculum que le Dr Vidal a présenté à l'Académie de Médecine et que M. Dubois appelle *Spéculum à valves amovibles* répond à toutes les nécessités de la pratique médicale. La partie essentielle en est constituée par la pièce (*fig.* 1), qui est destinée à recevoir dans le carré BB, toutes les valves de rechange qui y sont fixées par la vis A. Les deux valves réunies sur cette pièce, constituent le spéculum



complet (*fig.* 2). Il résulte de cette disposition qu'avec six valves de différentes grandeurs, on obtient trois spéculums variés, ce qui est suffisant dans la pratique courante : spéculum pour vierge, spéculum pour examen, spéculum pour opération. En outre, le mode de disposition des valves permet de les employer, sans complication pour l'appareil, comme valves de Sims. A cet effet, on a construit (*fig.* 3) un manche destiné à recevoir chacune de ces valves, qui s'y trouve fixée, au moyen de la vis A.



En résumé, voici les grands avantages de ce spéculum à valves amovibles, breveté S. G. D. G. : 1° Nettoyage certain et facile, assurant par suite une antisepsie absolue ; 2° Réunion, sous un petit volume de trois spéculums variés de grandeur et de six valves de Sims ; 3° Enfin, le prix de l'instrument complet tel qu'il vient d'être décrit est de beaucoup inférieur à ce que couteraient les instruments actuels qu'il remplace avec avantage.

NOUVELLES

Natalité a Paris.—Du dimanche 25 décembre 1887 au samedi 31 décembre 1887, les naissances ont été au nombre de 1301, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 484 ; illégitimes, 172. Total, 656. — *Sexe féminin* : légitimes, 473 ; illégitimes, 172. Total, 645.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 25 décemb. 1887 au samedi 31 décembre 1887, les décès ont été au nombre de 1070, savoir : 599 hommes et 471 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde : M. 40, F. 20. T. 60. — Variole: M. 3, F. 0, T. 3. — Rougeole : M. 8, F. 6. T. 14. — Scarlatine : M. 3, F. 3, T. 6. — Coqueluche : M. 1, F. 5. T. 6. — Diphthérie, Croup : M. 21, F. 16, T. 37. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 69. T. 187. — Autres tuberculoses : M. 10, F. 9. T. 19.—Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. —Tumeurs malignes : M. 17, F. 24. T. 41. — Méningite simple : M. 15, F. 18. T. 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 35, F. 23. T. 58. — Paralysie : M. 6, F. 2 T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 10 T. 16 . — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 37. T. 69. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 17 T. 42.— Bronchite chronique : M. 23, F. 20. T. 43. — Broncho-Pneumonie : M. 17, F. 17. T. 34. — Pneumonie M. 26, F. 23. T. 49. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 12. T. 32.—Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 5. T. 15 —Autres gastro entérite : M. 2, F. 3. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. – Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10. F. 16, T. 26. — Sénilité : M. 13, F. 26. T 39. — Suicides : M. 8, F. 4 T. 12.—Autres morts violentes : M. 12 F. 7. T. 19. — Autres causes de mort : M. 113 F. 68. T. 181. — Causes restées inconnues : M. 5 F. 5. T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 71, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 30, illégitimes, 9. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 20; illégitimes, 12. Total : 32.

Facultés, — Promotions de classe. — En exécution des décrets du 12 février 1881 et du 1er mars 1887, et sur l'avis exprimé par le comité consultatif de l'enseignement supérieur, dans ses séances des 22 et 26 décembre 1887, sont promus, pour prendre rang à partir du 1er janvier 1888. — De la deuxième à la première classe, choix : M. Feltz, professeur à la Faculté de Nancy — De la troisième à la deuxième classe, choix : M. Poincarré, professeur à la Faculté de Nancy.—De la quatrième à la troisième classe, ancienneté : M. Planchon, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.

Faculté de médecine de Paris. — M. Ménétrier, docteur en médecine, est nommé chef des travaux chimiques du laboratoire de clinique médicale de la Pitié, à ladite Faculté, en remplacement de M. Berlioz, démissionnaire.

Faculté de médecine de Paris. — *Bourses municipales.* — Par délibérations en date des 31 décembre 1886 et 28 décembre 1887, le Conseil municipal de Paris a alloué à la Faculté de médecine une subvention annuelle de 6.000 fr., applicable à la fondation de bourses d'études. Le montant de la bourse est de 1.200 fr. Ces bourses ne peuvent être accordées qu'aux élèves pouvant justifier, pour leur famille ou pour eux-mêmes, d'un séjour de cinq années à Paris ou dans le département de la Seine ; les autres conditions d'attribution sont établies par un règlement qui est déposé au secrétariat, à la disposition de tout requérant. Les demandes de bourses pour l'année 1887-1888 doivent être déposées au secrétariat de la Faculté avant le jeudi 12 janvier courant.

Faculté de médecine de Paris. — M. Alard, est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie près ladite Faculté, en remplacement de M. Chabrié, démissionnaire.— M. Farabeuf, professeur d'anatomie, est dispensé, du 1er janvier au 31 octobre 1888, du service des examens.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.—M. Terrens, pourvu du diplôme supérieur de pharmacie de 1re classe, est nommé professeur de matière médicale à ladite Faculté.

Facultés de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Dumont, docteur en médecine, est nommé, pour une période de trois ans, chef de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Hochsteller, dont le temps d'exercice est opéré.

Faculté des sciences de Lyon. — La chaire de botanique de ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres. — M. Roche, bachelier ès sciences, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, des fonctions de préparateur de chimie générale à ladite Faculté, en remplacement de M. Cotton, appelé à d'autres fonctions. — M. Couvreur, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé chef des travaux pratiques de physiologie à ladite Faculté (emploi nouveau). M. Bovier-Lapierre, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur de physiologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Bottard, non acceptant.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon. — M. Despeignes, préparateur du laboratoire de zoologie à ladite Faculté, est chargé, pendant l'année scolaire 1887-1888, des fonctions de chef des travaux dudit laboratoire, en remplacement de M. Magnien, démissionnaire. — M. Genoud est chargé, jusqu'au 31 juillet 1888, des fonctions de préparateur de zoologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Despeignes, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. COLLIN, pharmacien de Ire classe, est nommé préparateur de matière médicale à ladite Ecole, en remplacement de M. Grelet, décédé.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ANGERS. — M. THÉZÈE, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de neuf ans, chef des travaux physiques et chimiques à ladite école.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE NANCY. — Sont nommés à l'Ecole supérieure de de pharmacie de Nancy : Préparateur de pharmacie chimique et galénique, M. CAMET, en remplacement de M. Fillion, démissionnaire; Préparateur de matière médicale, minéralogie et hydrologie, M. GIRARD, en remplacement de M. Noël, démissionnaire ; M. ROESCH, bachelier ès lettres, est nommé préparateur d'histoire naturelle.

ECOLE DE MÉDECINE ET PHARMACIE DE ROUEN. — M. DUMONT, agrégé des sciences naturelles, delégué dans l'emploi de suppléant de la chaire d'histoire naturelle à ladite école, est chargé, en outre, pendant l'année scolaire 1887-1888, des fonctions de chef des travaux d'histologie végétale.

ECOLE DE MÉDECINE DE ROUEN. — Ont été proclamés lauréats de l'Ecole pour l'année scolaire 1886-1887 : Médecine, prix Pillore, M. Lamy; mention, M. Fortin. — Officiat de santé, 2e année, prix : M. Pauchet. — Pharmacie, 1re année, prix : M. Hennetier; mention, M. Travers; 2e année, prix, M. Legrain ; 3e année, prix, M. Neveu ; mention, M. Gitourdel.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours de l'Internat.* — Les questions données ces jours derniers aux premières épreuves orales ont été : *Rapports de l'utérus et hémorrhagies de la délivrance* ; — *Artère axillaire et anévrysme artério-veineux*; — *Nerf sciatique poplité externe et fractures du péroné.*

Concours de l'Externat. — Les dernières questions traitées ont été les suivantes : *Du traitement de l'épistaxis.* — *Symptômes et diagnostic de la péritonite aiguë.*

Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Un Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le Lundi 6 février 1888, à une heure précise, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat général de l'administration depuis le Mardi 3 janvier jusqu'au Lundi 23 janvier inclusivement, de onze heures à trois heures.

HÔPITAUX DE ROUEN. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Rocher, Martin, Caron et Lireux. Les prix des hospices ont été décernés : 1° à M. Vallée, médaille d'argent et 70 francs : 2° à M. Lenormand, médaille d'argent et 50 fr.; 3° à M. Poussier, médaille d'argent et 35 fr.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES : I° *Légion d'honneur.* Ont été nommés, à l'occasion du nouvel an :

Commandeur. — M. le docteur Védrènes, directeur du service de santé du 14e corps.

Officiers. — MM. les docteurs Potain, du Mesnil, Robin (de Paris), Dupré (de Montpellier), Forné (médecin de la marine), Chabert, Badour, Vallin, Teinturier, Baldy, Nogier (médecins militaires).

Chevaliers. — MM. les docteurs R. Lépine (de Lyon), Quinquaud, Landouzy, Leindre, A. Charpentier (de Paris), Cayrol et Feltz (anciens médecins militaires), Fontan, Bohan, Cantellauve, Roux, Pascalis, Léo (médecins de la marine), Baiby, Dissot, Mangenot, Goubeau, Lefort, Renard, Melnotte, Lucas (médecins militaires), Sandras (d'Oran), Blanc (d'Aix-les-Bains), Brard (de la Rochelle), Beurnier (de Montbéliard), Frédet (de Clermont-Ferrand), Pujol (d'Argelès-sur-Mer), Coillot (de Montbozon), Peulevé (d'Amiens).

2° *Mérite agricole.* — La décoration du Mérite agricole a été conférée à MM. les docteurs Ferry de la Bellone (d'Apt), et Gaucher (d'Aïn-Témouchent).

3° *Officiers de l'instruction publique.* — MM. les docteurs Gasne, Gueit-Dessus, Malterre, Laboulbène, G. Bouchardat, Mangenot (de Paris), Bryon (de Ligny-en-Barrois), Gobert (de Campet-et-la-Molere, Delabost (de Rouen), Padieu (d'Amiens), Rollet (de Lyon), Spillmann (de Nancy), Trastour (de Nantes), Thouvenet (de Limoges) et Védrine (de Versailles).

4° *Officiers d'académie.* — MM. les docteurs Benoit du Martouret, Denouh, Filiatreau, Goureau, Laurand, Marcet, Suss, Gages, Bonnet Ribemont-Dessaignes, Landouzy, Quinqueton, Piogey, Villejean (de Paris), Tripier, Fochier, Icard (de Lyon), Rohmer (de Nancy), Leloir, Lambling (de Lille), Bernard (d'Amiens), Ledouble (de Tours), Lhuissier (de Rennes), Charpy (de Toulouse), Deroye (de Dijon), Donnezan (de Perpignan), Lefour, Péry (de Bordeaux), Rey (d'Alger), Laget (de Marseille), Fabreguette de Saint-Chamond), Morel (de Campagne-les-Hesdin), Tournatoire (de Pertuis). Speckhahn (de Reuwez), Pagnier (de Noisy-le-Grand), Mauny (de Mortagne), Lemoine (de Granville), Lepeyre (de Savigny-sur-Braye), Lalesque (d'Arcachon), Hugonneau (de Saint-Mathieu), Guyochin (de Nitry-Nory), Gauthier (de Charolles), Durand (d'Arcueil), Duhourcau (de Cauterets), Couyba (de Sainte-Livrade), Colard (d'Ornans), Cohadon (de Vichy), Clochepin (de Beauvais), Billot (de Corrèze), Bertheau (de Pouancé), Aillaud (de La Ciotat), Bouthet des Gennettières (de Tonnay-Charente), Danjou (de Boulogne-sur-Seine), Porcher (de Chablis), Prengrueber (de Palestro), Belleau, Nogier, Pascal et Villedary (médecins militaires).

LABORATOIRE DE ZOOLOGIE DE LUC-SUR-MER. — M. LE ROUX, docteur ès sciences naturelles, préparateur du laboratoire du zoologie maritime de Luc-sur-Mer, est nommé chef des travaux dudit laboratoire.

LE TÉLÉPHONE A L'HÔPITAL — Le téléphone vient, en Angleterre, de recevoir une application véritablement touchante et précieuse en cas de mal contagieux : Un appareil est installé auprès du lit du malade, qui peut parler et écouter facilement ; il s'entretient avec ses amis qui peuvent même, au besoin, lui faire la lecture sans être obligés de l'approcher. — Nous apprenons que les hôpitaux de Paris vont bientôt être tous pourvus du téléphone. Déjà ceux de Bichat et d'Aubervilliers le possédaient. Les hôpitaux de Nantes ont le téléphone depuis plus de quatre ans.

LA SOCIÉTÉ FANÇAISE DE TEMPÉRANCE, met au concours pour l'année 1889, les sujets suivants. 1° *Prix Lunier* : Statistique des débits de boissons, comparées dans les différents pays. Déterminer les rapports entre le nombre des débits de boissons et le dévellop-pement de la criminalité et de la folie. Des moyens de restreindre le nombre de ces établissements et de combattre leur influence dangereuse. Le prix est de la valeur de 1,000 francs. — 2° *Prix de la Société* : « Le *Livre des Mères*, manuel à l'usage des femmes désireuses de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie. » La Société française de Tempérance demande un petit traité populaire, pouvant trouver sa place dans les bibliothèques à très bon marché, c'est-à-dire à 0,20 ou 0,25 centimes le volume de 100 à 120 pages in-32. Ce petit livre doit être clair, précis, sans dissertations philosophiques et économiques. Il ne doit pas discuter les principes et les méthodes, formuler des lois et résoudre des problèmes, mais répandre seulement et appliquer les préceptes, sans employer les termes techniques de la science. Un ouvrage de cette nature, s'adressant surtout à la classe ouvrière, doit parler un langage en rapport avec la culture d'esprit de ses lecteurs. Il faut qu'il ait le ton simple, persuasif, et familier de la causerie. Ce prix sera de 1,000 francs. — Les mémoires devront parvenir avant le 31 décembre 1888, à M. le Dr A. MOTET, Secrétaire général, 160, rue de Charonne, à Paris.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le comte Horace de CHOISEUL est chargé d'une mission botanique en Asie et aux Etats-Unis. Il aura à visiter plus particulièrement les jardins et les collections botaniques de Ceylan, de Calcutta, de Shanghai, du Japon et de San Francisco, à recueillir autant que possible les espèces manquant en France et à s'enquérir de l'existence de plantes encore inconnues des naturalistes français.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le docteur CARLE est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la Bibliothèque de Montélimar.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal qui se publie à Toulouse toutes les semaines. Il est intitulé la *Gazette des Hôpitaux de Toulouse.* Nous souhaitons bon succès à nos confrères.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Le prix annuel de la Société vient d'être décerné à MM. Paul Blocq et Gillet, internes des hôpitaux, pour un mémoire intitulé : *Des cirrhoses graisseuses considérées comme hépatites infectieuses.* Une somme de 800 fr. a été attribuée à ce prix. — Un encouragement de 200 fr. a été accordé à M. le Dr Liégeois (de Bainville-aux-Saules) pour un travail intitulé : *Manuel clinique et pratique des hémorrhagies.*

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — La Société d'Anthropologie de Paris vient de renouveler son bureau de la manière suivante pour l'année 1888. — Président : M. Pozzi. — Premier vice-président : M. Mathias-Duval. — Deuxième vice-président : M. Hovelacque. — Secrétaire général : M. Letourneau. — Secrétaire-adjoint ; M. Hervé. — Secrétaires desséances : MM. Fauvelle et Adrien de Mortillet. — Archiviste-bibliothécaire : M. Dally. — Conservateur du musée : M. Chudzinski. — Trésorier : M. F. de Ranse.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Ordre du jour de la séance du lundi 9 janvier 1888, à quatre heures, au Palais de Justice (salle des Référés). — Lecture du procès-verbal de la séance précédente. — M. Vibert : Sur les traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. — M. Laugier : Rapport de la commission chargée de l'examen des titres des candidats aux places

vacantes parmi les membres titulaires et les membres correspondants. — Communication d'un rapport médico-légal de M. Marquesy, de Neuchâtel-en-Bray, membre correspondant. — Communication diverses.

NÉCROLOGIE. — La *Gazette médicale* de Montreal (nº de nov.), annonce la mort, à 36 ans, du Dr G. O. BEAUDRY, professeur de physiologie et de pathologie générale à l'école de médecine de Montreal. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le Dr CARADEC, ancien médecin de la marine, décédé à Brest, le 30 novembre 1887. — M. le Dr LEFEBVRE (de Jeumont). — M. le Dr RULLE, tué à coups de revolver par son domestique dans sa propriété de Mansourah (Alger).— M. le Dr GILBERTON-DUBREUIL, de Courbevoie (Seine). — M. le Dr AHMED PACHA, directeur des études à l'Ecole de médecine de Constantinople.— M. le Dr SOLERA, professeur à l'Université de Sienne. — M. le Dr CHRISTIACER, professeur à l'Institut physiologique de Berlin. — M. IMART : inspecteur des hôpitaux de la marine anglaise.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

ROSNY (L. DE). — La méthode conscientielle. Essai de philosophie exactiviste. Volume in-8 de 180 pages.

ANNUAIRE DE L'UNIVERSITÉ DE LAVAL, pour l'année 1887-88. Brochure in-8 de 160-XXXII pages. — Québec, 1887. — Typographie A. Coté et Cie.

LADAME. — L'hypnotisme et la médecine légale. Brochure in-8 de 82 pages. — Lyon, 1887. — A Storck.

MONGIN (L.). — Etude anatomique et physiologique sur l'hémichorée symptomatique. — Paris, 1887. — A. Davy.

COSTA (C.). — Annuario medico Brasileiro. Volume in-18 de 152 pages. — Rio-de-Janeiro, 1887. — S.-J. Alvès.

GIAXA (V. DE) et LUSTIG (A). — Relazione sul colera nell' anno 1886. — Volume in-4 de 97 pages, avec nombreuses planches et un plan de la ville de Trieste. — Trieste, 1887. — Tipographico Caprin.

MITTEILUNGEN AUS DER MEDICINISCHEN FACULTAT DER KAISERLICH-JAPANISCHEN UNIVERSITAT. — Band I, nº 1. Volume in-4 de 145 pages, avec 12 planches hors texte. — Tokio, 1887. — College of medicine Imperial University.

TRANSACTIONS OF THE ASSOCIATION OF AMERICAN PHYSICIANS. — Second session, held at Washington, 1887. Volume in-8 cartonné de 254 pages. — Philadelphia, 1887. — Printed for the Association.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

CONI (E.-R.). — Progrès de l'hygiène dans la République Argentine. Volume in-4 de 266 pages, avec plans.

BISHOP (S.). — Hay Fever. The firot Prize Essay of the United States Hay, fever Association for. 1887.

TRUSTEES OF THE CITY HOSPITAL, BOSTON (Uwentay-third report of the). With reports of the superintendent and professional stoff, rules for admissions and discharges, prospectus of Training-school for nurses, etc., 1886, Brochure in-8 de 98 pages. — Boston, 1887. Rockwelt and Churchill.

FARYNHAR CURTIS. — Contusion of the abdomen, with rupture of the Intestine. Being the essential part of an essay aivarded the cart wright prize of the alumni association of the college of physicians and surgeons, of New-York. Brochure in-8 de 29 pages. Extrait de l'*American Journal of medical sciences.* — Philadelphia, 1887. — Aux bureaux du journal.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER. place de l'Ecole-de-médecine.

HAMON DU FRESNAY. — Considérations pratiques sur les présentations de la face. Brochure in-8º de 61 pages.

VALCOURT (de).— Traitement de la scrofule par les bains de mer en hiver. Brochure in-8º de 4 pages. Nancy, 1887. — Imprimerie Berger-Levrault.

GUIMARÃES PEREIRA. — Novo processo de resecção total to maxillar superior. Brochure in-8º de 20 pages. — Rio de Janeiro, 1887.

KÖRÖSI (J.). — Die Wiener impfgegnerische Schule und die vaccinations-statistik. Brochure in-8º de 24 pâges. — Braunschweig, 1887. — Verlag von F. Vieweg und Sohn.

TRANSACTIONS OF THE ASSOCIATION OF AMERICAN PHYSICIANS. — Second session, Held at Washington. Volume in-8º, cartonné. de 254 pages. — Philadelphia, 1887. — Printed for the association,

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

YVON (P). — Manuel clinique de l'analyse des urines. Un volume in-18 cart. de 400 pages, avec 50 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 7 fr.

CHASTAING et BARILLOT. — Chimie organique. Essai analytique sur la détermination des fonctions.. Un volume in-18 de 290 pages. — Prix : 4 fr.

CRUARD (T.). — Hygiène de l'enfance. Conseils aux mères sur la manière d'élever leurs enfants. Volume in-18 de 118 pages. — Prix : 1 fr. 50

GIARD et BONNIER. Contributions à l'étude des bopyriens. Volume in-4 de 272 pages, avec 10 planches hors texte et 30 figures. — Lille 1887. — Imprimerie Danel.

Librairie P. SAVY, 77, boulevard St-Germain.

VERRIER (E.). — L'hygiène de l'adolescence. Brochure in-8º de 80 pages.

PEÑA (A. de la). — Los antoios en 1623. Brochure in-8º de 31 pages. — Madrid, 1888. — Escuela tipografica del Hospicio.

VALENZNELA (E.). — Tratado experimental y clinico de aeroterapia. — Primora parte: Inhalaciones de àzoc, cuaderno. Brochure in-8º de 48 pages, avec nombreux tracés. — Madrid, 1887. — Escuela tipografica del Hospicio.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

LABORDE et HOUDÉ. — Le colchique et la colchicine. Histoire naturelle, chimie et pharmacologie, physiologie, toxicologie et thérapeutique. Volume in-8 de 135 p., avec dessins et graphiques dans le texte. — Prix : 5 fr.

RENAULT (P.). — Manuel de trachéotomie, avec une préface du Dr Jules Simon. Volume in-8 de 120 pages. — Prix : 1 fr. 50.

CAMPBELL (F.-R.). — The relation of meteorology to disease. Brochure in-8 de 24 pagas. — Buffalo, 1885. — The Times Co., Printers.

SCHUSSLER (M.). — Tratamiento bioquimico de las enfermedades Volume in-18 cartonné de 160 pages. — Bogotà, 1887. — Imprenta de Fernando Pontón.

VERRIEST (G.). — Des paralysies par inconscience. Broch. in-8 de 9 pages. — Louvain, 1887.

VERRIEST (G.). — La vie moderne et la santé. Brochure in-8 de 16 pages. — Bruxelles, 1886. — A. Manceaux.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* : M. le professeur CHARCOT. Leçons le mardi et le vendredi à 9 heures.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. Service de M. Ernest BESNIER. — Mardi, opérations dermatologiques : lupus, acnés, etc. — Mercrudi, dermatophytics, teignes, alopécies diverses. — Vendredi consultation externe. — Samedi, clinique.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 2. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 14 JANVIER 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. P. BUDIN**, professeur agrégé.

Des hémorrhagies internes de l'utérus gravide;

Leçon recueillie par E. BONNAIRE.

Messieurs,

Vous avez pu, ces jours derniers, assister à un assez grand nombre d'accouchements; plusieurs d'entre eux ont offert des particularités intéressantes dont nous avons eu déjà à nous entretenir lors de la lecture des observations à la visite du matin.

Nous avons été favorisés, vous et moi; vous, par l'abondance des faits cliniques, et moi, par l'importance de quelques uns de ces faits. C'est de l'un d'eux que je me propose de vous parler aujourd'hui.

Dans la nuit du 29 novembre, je fus appelé à l'hôpital auprès d'une femme dont l'accouchement tardait à se faire; l'enfant se présentait par le sommet, la tête, profondément engagée, restait arrêtée sur le plancher du bassin et on croyait qu'il serait nécessaire de terminer l'accouchement par une application de forceps. J'étais occupé à pratiquer mon examen quand on m'avisa qu'une autre malade, placée sur un lit voisin, expulsait un enfant qui se présentait par le siège. J'abandonnai la première femme aux soins des élèves désignés pour l'accoucher; à ce moment, d'ailleurs, le fœtus, poussé par des contractions utérines qui redevenaient énergiques, commençait à franchir la vulve; je pus ainsi assister, chez la seconde, à l'expulsion spontanée d'un enfant mort-né et à l'issue de l'arrière-faix accompagné lui-même d'une grande quantité de sang liquide et de caillots. Dans ce fait, la mort du fœtus et l'hémorrhagie de la délivrance méritent déjà de fixer notre attention, mais il devient autrement intéressant, si nous considérons de près les caractères tout à fait spéciaux qui se sont présentés à l'examen du cadavre fœtal, du délivre et de la masse des caillots expulsés.

L'exposé rapide de l'observation recueillie par M. Petrowitch, étudiant, avec le concours de M. Cataliotti, moniteur de service, va nous faire connaître ces particularités pathologiques, il nous permettra en même temps de remonter à leur origine et de comprendre leur mode de production.

La femme dont il s'agit, actuellement couchée au n° 12 de nos salles, est une primipare âgée de 34 ans. Nous ne trouvons chez elle, comme antécédents pathologiques, que quelques affections (coqueluche, rougeole, scarlatine) de la seconde enfance; elle fut soignée pour de l'anémie jusqu'à 17 ans; à cet âge, elle commença à être réglée. A partir de 18 ans, la menstruation s'établit régulière en périodicité et en durée jusqu'à sa grossesse.

Ses dernières règles normales se sont terminées le 18 mars 1887, toutefois jusqu'au cinquième mois de la gestation plusieurs écoulements sanguins se sont reproduits par les voies génitales, mais moins réguliers et moins abondants qu'avant la conception.

Les mouvements actifs du fœtus ont été perçus vers le cinquième mois; huit jours avant l'entrée à l'hôpital, ils ont commencé à diminuer d'intensité, cependant la malade pense les avoir sentis encore dans la matinée du jour où elle est accouchée. Les seins, après avoir offert leur hypertrophie physiologique, se seraient notablement affaissés depuis environ une semaine.

Vers la fin du septième mois est apparu un œdème des membres inférieurs, d'abord peu prononcé, sauf le soir après les fatigues de la journée; cet œdème, suivant une évolution croissante, n'a pas tardé à envahir les jambes, les cuisses et la paroi abdominale au point de l'obliger, depuis quinze jours, à cesser tout travail.

De plus, il y a trois semaines, se sont manifestées d'abondantes épistaxis qui pendant huit jours se sont répétées, surtout le matin et même jusqu'à trois fois dans la journée.

En dehors des complications que je viens de vous signaler et d'un phlegmon de la jambe survenu au début de la grossesse, après un traumatisme, l'état général est resté satisfaisant; non seulement il n'y a eu ni troubles sensoriels, ni céphalalgie, mais encore les migraines, fréquentes avant la grossesse, ont presque disparu.

Le 29 novembre, à 6 heures du soir, c'est-à-dire près d'un mois avant le terme normal de la gestation, la femme vit se produire brusquement, par les organes génitaux, au moment où elle se disposait à uriner, un écoulement de liquide très fluide, un peu rougeâtre; d'abord abondant, celui-ci diminua progressivement, ainsi qu'il arrive quand le liquide amniotique s'échappe après la rupture des membranes de l'œuf. A 7 heures du soir, se déclaraient les contractions du travail, et, à 10 heures 30, les douleurs augmentant d'intensité et s'accompagnant de vomissements, la malade se faisait transporter à la Clinique.

Le premier examen est pratiqué à 11 heures 30. La femme est bien constituée. Les urines renferment une très notable quantité d'albumine. Les membres inférieurs, la vulve, l'abdomen sont infiltrés par un œdème considérable. L'épaississement de la paroi du ventre, la résistance du globe utérin, demeuré très distendu malgré l'écoulement du liquide amniotique, ne permettent pas de tirer de renseignements précis des investigations de la palpation. Nul indice de mouvements actifs, ni de battements du cœur fœtal.

L'orifice utérin est complètement dilaté; le doigt arrive à nu, vu l'absence de la poche des eaux, sur une présentation qui offre tous les caractères du siège, en position S.I.G.A. Le membre pelvien postérieur reste seul accolé à la présentation; l'autre est relevé.

Au moment où j'arrivai près de la parturiente, le siège se dégageait; je remarquai que les deux membres inférieurs étaient rigides et demeuraient l'un dans l'extension, l'autre dans la flexion. Une nouvelle contraction expulsa rapidement le reste du tronc ainsi que la tête, et j'emportai le petit cadavre sur la crèche pour l'examiner attentivement.

On réclama alors ma présence près de la mère, dont l'utérus restait volumineux et dur comme s'il contenait

un second fœtus. Voulant pratiquer le toucher, je trouvai le placenta à la vulve; je demandai un bassin pour le recueillir et, la femme ayant fait un effort, l'arrière-faix fut expulsé. Derrière lui s'échappèrent des caillots et du sang liquide; le tout pouvait être évalué à plus d'un litre. Ces caillots, de teinte noirâtre, de consistance grumeleuse et ferme, indiquaient nettement que le sang qui les constituait devait avoir séjourné depuis un certain temps déjà hors des vaisseaux. La délivrance terminée, la main portée au-dessus des pubis put constater que le globe utérin affectait une disposition parfaitement normale. Il existait bien, vers le fond de l'organe, quelques irrégularités dues à la présence de petits fibromes indurés, arrondis et superficiels, mais étant donné leur siège et leur volume, ces nodosités ne pouvaient offrir aucune importance pathologique. Je fis pratiquer une injection intra-utérine très chaude afin d'assurer l'hémostase.

Revenant alors à mon examen interrompu, je constatai que le fœtus, du poids de 1.770 grammes, né manifestement avant terme, était en état de rigidité cadavérique; les membres, d'une consistance analogue à celle de la cire, avaient conservé la même attitude qu'au moment de l'expulsion, et toute tentative exercée pour les écarter du tronc rencontrait une résistance notable. La mort remontait certainement à plusieurs heures.

Le placenta, pesant 700 grammes, était couvert sur sa face utérine de sang liquide et de caillots; l'un de ceux-ci, long de 8 centimètres et large de 5 centimètres, adhérait au tissu placentaire, dans l'épaisseur duquel il s'était creusé une sorte de loge superficielle.

Les membranes étaient rompues à 10 centimètres du bord du placenta. Trois vaisseaux, deux branches artérielles séparées par une grosse veine, cheminaient dans leur épaisseur sur un trajet de 15 centimètres, avant de pénétrer dans la masse placentaire; il y avait donc une insertion vélamenteuse du cordon.

A n'examiner que les points principaux de cette observation, je me trouve amené à vous dire quelques mots de la rigidité cadavérique du fœtus, des rapports de l'albuminurie avec les hémorrhagies utérines internes et de ces hémorrhagies elles-mêmes.

Les caractères de la rigidité cadavérique du fœtus se sont offerts à nous, dans ce cas, avec une netteté telle qu'on ne saurait la mettre en doute: la fixité d'attitude, la raideur du cou et des membres, la consistance ferme et comme cireuse des tissus ne pouvaient être attribués qu'à l'effet de la mort récente du produit de conception. Cependant l'existence de la rigidité cadavérique avant la naissance a été longtemps discutée; on croyait autrefois le contact de l'air nécessaire pour qu'elle pût se produire. Lorsque j'étais chef de clinique, j'ai eu l'occasion d'en voir quelques cas aussi concluants que celui que nous avons eu ici sous les yeux, j'engageai un externe du service, M. Dagincourt, à faire sa thèse sur ce sujet. Des recherches expérimentales ont démontré que la rigidité cadavérique du fœtus peut se produire dans la cavité utérine; en effet, on la voit survenir chez de jeunes animaux plongés dans de l'eau chaude, asphyxiés et maintenus pendant plusieurs heures à la température de 38 à 42 degrés centigrades. Ce sont là les conditions exactes dans lesquelles se trouve l'enfant mort renfermé dans le liquide amniotique. Les faits cliniques et l'expérimentation concourent donc à rendre indiscutable l'existence de cette rigidité.

Je me demandais quelle pouvait avoir été la cause de la mort récente du fœtus, lorsque, en même temps que le placenta sortait, se produisit l'hémorrhagie dont je vous ai indiqué les caractères. L'aspect du délivre et des caillots montrait qu'une hémorrhagie interne s'était produite quelques heures auparavant; elle avait eu pour effet, en décollant le placenta, d'amener la mort de l'enfant.

Les parois utérines distendues par l'accumulation des caillots avaient réagi, s'étaient contractées et l'accouchement prématuré en était résulté.

Comme la femme était albuminurique, qu'elle n'avait été exposée à aucun traumatisme, il fallait de plus se demander si cette altération du sang, qui s'était déjà manifestée par des épitaxis abondantes et répétées, n'était pas la cause de l'hémorrhagie interne.

Les rapports de l'hémorrhagie utérine avec l'albuminurie ont été signalés il y a déjà longtemps par H. Blot dans sa thèse inaugurale. Chez 41 femmes albuminuriques, examinées à ce point de vue par l'auteur, 12 fois il constata la production d'une hémorrhagie au moment de la délivrance. Nombre de cas de même nature ont été publiés depuis; vous en avez eu sous les yeux de remarquables exemples ces jours derniers chez deux femmes couchées aux n°s 40 et 42, très albuminuriques et qui toutes deux ont eu une attaque d'éclampsie après l'accouchement; chez toutes deux il se produisit une forte hémorrhagie de la délivrance. Mais dans les faits de Blot, comme dans ceux que je viens de vous rappeler, il ne s'est agi que d'hémorrhagies survenues après l'expulsion du fœtus; dans notre observation, c'est pendant la grossesse même que l'albuminurie a déterminé cette complication. Depuis longtemps aussi, on a signalé chez les albuminuriques les petites hémorrhagies limitées, les apoplexies du placenta, mais l'hémorrhagie abondante et grave est beaucoup plus rare, tout au moins ce fait n'avait-il que peu fixé l'attention jusqu'à ces derniers temps. Le 9 janvier 1885, le Dr Winter a présenté, à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin, trois observations d'hémorrhagies utérines gravidiques survenues en dehors de toute influence extérieure chez des femmes atteintes de néphrite, et il s'est demandé s'il n'y avait pas, dans ces cas, une relation de cause à effet. Pendant le cours de la discussion qui suivit, Löhlein communiqua un fait identique. Quand on étudie attentivement les autres exemples d'hémorrhagie utérine gravidique publiés par les auteurs, même ceux de Weathesly et de Habit cités par Winter, on n'y trouve nullement la preuve qu'il y ait eu albuminurie; l'examen des urines ne semble pas avoir été pratiqué. Néanmoins, la netteté des observations de Winter, de Löhlein et du fait que nous avons eu sous les yeux autoriserait peut-être à rejeter l'idée d'une simple coïncidence et à admettre, avec Winter, qu'il y a probablement, entre l'albuminurie et l'hémorrhagie interne, un rapport de causalité. *(A suivre).*

Nouveaux Journaux. — Nous venons de recevoir le premier numéro d'un nouveau journal intitulé : *l'Electrothérapie*, journal de l'électricité médicale, paraissant tous les mois sous la direction de M. Léon Danion. Prix : 12 francs, 11, rue de Mogador. Nous souhaitons la bienvenue à notre nouveau confrère.

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — La Société tiendra désormais ses séances au *Palais des Sociétés savantes*, 14, rue des Poitevins. Les séances ont lieu à 3 heures 1/2, le deuxième jeudi de chaque mois. La prochaine séance de l'année 1888 aura lieu le jeudi 12 janvier.

ANATOMIE

De l'épiploon cystico-côlique (*Variétés du ligament hépato-duodénal*) ;

Par M. le Dr BRICON.

Le ligament hépatico-duodénal, dépendance de l'épiploon gastro-hépatique qu'il borde à droite, forme le bord antérieur de l'hiatus de Winslow. Il unit le col de la vésicule biliaire au duodénum, relié lui-même au côlon transverse par un ligament épiploïque. A l'état normal, ces ligaments ne forment qu'un léger relief à la surface des organes qu'ils recouvrent. Il n'en est pas toujours ainsi et ce relief, en s'accentuant de plus en plus, devient repli et, en s'élevant du col au fond de la vésicule biliaire, finit par former une sorte de mésentère ou plutôt d'*épiploon cystico-côlique* (1).

Description. — Le péritoine, après avoir tapissé la face convexe du foie, gagne le sillon transverse, mais, en certain cas, au niveau de la vésicule biliaire, au lieu de fournir à celle-ci une enveloppe plus ou moins complète, il ne recouvre que ses faces latérales, et son fond se replie à une distance variable de l'hiatus de Winslow, parfois au niveau du fond de la vésicule, il constitue ainsi un ligament hépatico-duodénal, ou plutôt hépatico-côlique comprenant non seulement dans son épaisseur les vaisseaux biliaires et la veine porte, mais encore la vésicule biliaire comprise alors entre deux feuillets péritonéaux s'étendant de toute la hauteur de la fossette de la vésicule biliaire au côlon transverse (*fig.* 4).



Fig. 4. — C. Colon. — E. Epiploon cystico-côlique. — V. Vésicule biliaire — H. Hile du foie.

Notons qu'il ne s'agit pas de ce pseudo-mésentère de la vésicule déjà décrit par plusieurs auteurs et entre autres par Ruysch. « Ruysch, écrit M. Paulet, a trouvé la vésicule entièrement libre, n'adhérant pas au foie ; mais l'existence d'un mésocyste doit être considérée comme tout à fait exceptionnelle chez l'homme, tandis qu'elle est constante chez certaines espèces animales, notamment chez le lapin (1). » Comme on le voit, il ne s'agit nullement, en ce cas, du repli épiploïque qui relie la vésicule au duodénum et au côlon. Ce pseudo-mésentère est encore signalé dans l'*Anatomie* de Cruveilhier. « La vésicule biliaire est maintenue, dit-il, dans sa situation par le péritoine, qui ne fait que passer au-dessous d'elle, chez le plus grand nombre des sujets; mais qui, chez d'autres, lui forme une enveloppe presque complète, de telle manière que la vésicule est unie au foie à l'aide d'une sorte de mésentère. Dans ce dernier cas, elle est pour ainsi dire détachée du foie, disposition que l'on rencontre chez quelques animaux.

On ne saurait dire, toutefois, ce qu'entend Cruveilhier (2) quand il dit ailleurs : « J'ai vu deux fois la vésicule du fiel s'ouvrir dans le côlon », et, en note, « il n'est pas rare de voir la vésicule du fiel entièrement unie à la portion correspondante de l'arc du côlon, » et, plus loin (p. 202), « quelquefois des adhérences accidentelles ou normales l'unissent (la vésicule biliaire) au duodénum et à l'arc du côlon. Ces rapports expliquent..., d'autre part, le passage direct par perforation des calculs biliaires de la vésicule dans le duodénum, dans le côlon. »

Il semble toutefois que Cruveilhier ait réellement vu le repli cystico-côlique, ce qui ne saurait nous étonner, vu sa fréquence ; mais le texte est peu clair et le mot d'adhérence autorise d'en douter. Il peut arriver que l'on constate l'existence d'un épiploon cystico-côlique, et, en même temps, celle d'un mésentère vésiculo-hépatique plus ou moins développé. C'est ainsi que sur

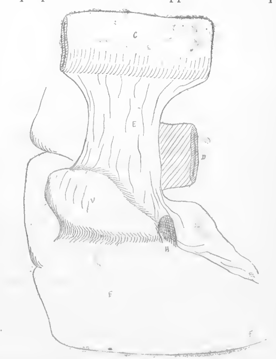


Fig. 5. — C. Colon. — E. Epiplo- ystico-côlique. — V. Vé icule biliaire. H. Hile du foie. — D. Duodénum.

une de nos pièces (*fig.* 5) on trouve un épiploon vésiculo-colique et des indices de mésentère vésiculo hépatique. Par contre, le fond de la vésicule, dans son tiers supé-

(1) Le grand et le petit épiploon paraissent parfois contribuer également à la formation de l'épiploon cystico-colique, mais il est en ce cas difficile de distinguer inférieurement les limites exactes des parties fournies par ces deux épiploons ; il semble qu'il y ait eu véritable fusion.

1) *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, première série, 1876. — Poulet. *Voies biliaires* (*anatomie*, p. 299). C'est par erreur que le lapin, tout au moins notre lapin domestique, est signalé comme ayant un mésocyste; notre lapin domestique possède au contraire une vésicule pour ainsi dire presque enclavée dans le foie.

(2) J. Cruveilhier. — *Traité d'anatomie descriptive*, 3e édition; — Marc Sée et Cruveilhier fils, 1871, T. II., p. 158.

rieur, n'est pas adhérent au foie; il est recouvert par le péritoine. Il a pu arriver que la position occupée dans le ligament hépatico-côlique ait pu faire croire à l'existence de ce pseudo-mésentère, car, dans le cas d'existence d'épiploon vésiculo-biliaire glissant entre les deux feuillets, va parfois se mettre en contact avec le côlon transverse, formant alors deux triangles isocèles, accolés inversement.

Enfin, il existe une troisième disposition assez rare : l'extrémité droite du grand épiploon s'insère alors sur le bord libre de l'épiploon cystico-côlique et atteint le

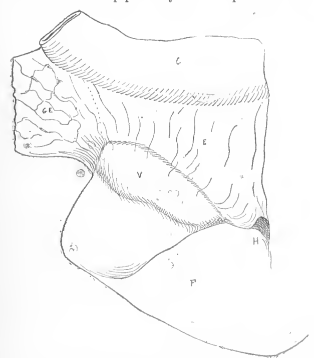


Fig. 6.— G. E. Grand Epiploon.— C. Colon.— V. Vésicule biliaire. — H. Hile du foie. — F. Foie.

bord antéro-inférieur du foie au niveau du fond de la vésicule biliaire; cette disposition est montrée dans une des figures ci-jointe (*fig.* 6). Dans ce cas, le côlon transverse semble ne partir à droite que de la vésicule biliaire et la fossette côlique du foie fait défaut.

L'épiploon vésiculo-côlique est assez fréquent. Il n'a certainement pas dû échapper à l'observation des anatomistes et des anatomo-pathologistes; aussi n'est-ce que lorsque nous avons constaté que la plupart de nos auteurs classiques n'en faisaient pas mention, que nous nous sommes décidés à rappeler de nouveau l'attention sur ce repli (1). L'examen méthodique et complet de cadavres provenant du service de M. Bourneville, nous a permis de réunir en peu de temps, sur ce sujet, un certain nombre d'observations. Sur 89 autopsies, nous

(1) Depuis que notre attention a été attirée sur ce point, M. Baraban a publié cette année, dans son article sur le *péritoine*, les lignes suivantes : « Mentionnons que dans quelques cas le péritoine de la face inférieure du foie fournit un petit méso de la vésicule biliaire et que le col de cette dernière peut être rattachée au colon transverse par un prolongement du grand épiploon. (*Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, tome XXIII, première partie, Baraban, art. *Péritoine* (*anatomie descriptive*, p. 255, 1887). Il semble, en effet, que parfois le repli épiploique vésiculo-colique soit formé entièrement aux dépens du grand épiploon; il paraît n'y avoir alors qu'un simple accolement facile à détruire, à la face inférieure de la vésicule. En ce cas, l'épiploon vésiculo-côlique est moins large et le plus souvent on retrouve sur sa face gauche des parties non adhérentes simulant des anneaux ou des orifices obliques ayant une grande ressemblance avec l'aspect que représente le trou de Botal perméable obliquement.

avons rencontré cette disposition à un degré plus ou moins avancé, 21 fois; dans 8 cas, il s'agissait d'un repli incomplet, variant de 1 centimètre à 3 ou 4 centimètres de hauteur, l'existence d'un épiploon cystico-côlique, n'a été constaté que 13 fois.

On peut rencontrer entre ces diverses dispositions, tous les intermédiaires possibles.

Qu'on ne croie pas qu'il s'agisse de ces *adhérences pathologiques* signalées par tous les auteurs; c'est par elles que l'on explique généralement l'élimination des calculs biliaires par la voie intestinale. Les adhérences sont, du reste, rarement limitées à la région vésiculaire. Le plus souvent, elles sont irrégulières, disséminées; l'hiatus de Winslow est alors parfois oblitéré. C'est ainsi que nous avons rencontré un abcès limité à l'arrière cavité des épiploons (1). Dans les cas d'adhérences pathologiques, le pseudo-épiploon a un aspect irrégulier; il est peu développé; la vésicule biliaire est très rapprochée, sinon en contact direct avec le côlon; d'autre part, il peut arriver que l'on rencontre des adhérences aux alentours de la vésicule sans que ce fait exclue l'existence d'un véritable épiploon cystico-côlique. Un examen attentif peut seul démontrer la coexistence ou non des deux choses.

Aucun de nos malades n'était atteint d'affection hépatique de nature quelconque ; jamais chez eux le repli n'a présenté le caractère de brides ou membranes de nouvelle formation. L'examen des pièces conservées dans le chloral le prouve suffisamment.

Nous n'aurions pas songé à tirer de l'oubli ce repli épiploïque, s'il ne nous avait semblé que sa connaissance importait dans les opérations sur la vésicule biliaire (cholécystectomie et cholécystotomie) et parce qu'il expliquait pourquoi, dans certains cas, les calculs biliaires peuvent être éliminés avec facilité par le côlon. C'est pour eux un chemin tout tracé et, pour le calculeux qui est possesseur de ce repli, une disposition heureuse qui lui évite les plus dangereuses des complications (2).

(1) Il s'agissait, dans ce cas, d'un abcès du lobe gauche du foie, ayant envahi l'arrière-cavité des épiploons. « Lorsque cet hiatus vient pour une cause quelconque à s'oblitérer, il peut se faire dans l'arrière cavité des épiploons un amas de sérosité qui constitue une sorte d'hydropisie enkystée toute spéciale. (Malgaigne. — *Traité d'anatomie chirurgicale*, tome II, p. 309, 1859). « Je ne sais si un fait semblable a jamais été observé. » (Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique*, 1879, p. 788.)

(2) Nous attirons l'attention sur la disposition décrite par M. Bricon, parce qu'elle peut expliquer, dans une certaine mesure, pourquoi M. Thiriar trouva un jour des calculs biliaires sous la séreuse péritonéale, au voisinage du côlon (voir dans les comptes rendus de la *Société de Chirurgie*, 1887, l'analyse de l'obs. de M. Thiriar et les remarques de M. Pozzi). (N. *de la R.*).

Distinctions honorifiques. *Légion d'honneur.* — Sont nommés ou promus dans l'ordre national de la Légion d'honneur : M. de Lacaze-Duthiers, professeur à la Faculté des sciences de Paris, fondateur des laboratoires de zoologie maritime de Roscoff et de Banyuls, membre de l'Institut, officier du 27 juillet 1879;

— Au grade d'officier : M. Friedel (Ch.), professeur à la Faculté des sciences de Paris, membre de l'Institut; chevalier du 1er aout 1869.

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. — *Renouvellement du Bureau.* — Ont été élus pour l'année 1888 : Président, M. Grancher ; Vices-Présidents : MM. Bouvard, Hudel, Lagnau, E.-R. Perrin ; Secrétaire général, M. Henri Napias ; Secrétaire général-adjoint, M. A.-J. Martin ; Trésorier, M. A. Thévenot ; Archiviste, M. Neumann; Secrétaires des séances, MM. Deschamps, Mangenot, Philbert, Wallon ; Membres du Conseil, MM. Allard, Bichmann, Bezancon, Burll, Cartaz, Duguet, Dubrisay, Du Mesnil, Ch. Herscher, Laborde, Levraud, Lafollye, Landouzy, Larger, Magnan, Milleraud, Ch. Monod, Petit, G. Ponchet, Pozzi, Siegfried, Trasbot, Yvon.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Un cas d'hémiplégie spasmodique infantile d'origine traumatique ;

Par Albert MATHIEU.

Grâce aux travaux de Cotard, Bourneville et son élève Wuillamier, Gaudard (de Genève), Heine, Kundrat, Strümpell, Jendrassik, Pierre Marie (1), l'hémiplégie infantile d'origine cérébrale est bien connue dans son ensemble symptomatique si caractéristique et dans ses lésions. La grande cause que met en lumière P. Marie dans son excellent travail, c'est les maladies infectieuses diverses et surtout les fièvres éruptives et la fièvre typhoïde. Elles laissent derrière elles comme reliquat anatomo-pathologique des lésions vasculaires qui deviendront le point de départ de foyers de sclérose dans la substance corticale et de dégénérescence secondaire dans le faisceau pyramidal.

L'observation qui va suivre nous parait intéressante parce qu'elle se rapporte à un cas bien net d'hémiplégie spasmodique infantile consécutive à une plaie pénétrante de la tête.

Le jeune P. C..., est âgé de six ans. Il y a deux ans, il avait quatre ans alors, il était bien développé et plutôt vigoureux. Il s'approcha en jouant d'une domestique qui était en train de charger de la paille à l'aide d'uue fourche américaine à dents très fines et très pointues. Il se précipita si malheureusement en avant qu'un coup de fourche vint l'atteindre à la tempe gauche au moment où la domestique soulevait de terre la paille qu'elle voulait lancer dans la voiture. L'enfant poussa un cri et tomba ; il fut immédiatement relevé et porté sur un lit où il resta sans connaissance pendant quelques instants. Bientôt après on s'aperçut qu'il ne pouvait se servir ni de son bras, ni de sa jambe du côté droit. De plus il était dans l'impossibilité absolue de parler. Il ne paraît pas y avoir eu de fièvre ; les médecins qui l'ont vu à cette époque m'ont affirmé n'en avoir pas constaté. Au bout de huit à dix jours le malade pût se lever et marcher, mais en conservant de la faiblesse et surtout de la maladresse du côté droit ; au bout de quelque temps (2 à 3 semaines), on s'aperçut qu'il avait de ce côté des mouvements particuliers involontaires : c'était le commencement de l'athétose.

J'ai été appelé à voir le jeune P. C... au commencement de 1886, environ cinq mois après l'accident. La santé générale était bonne, le développement à peu près normal pour un enfant de cet âge. Tout de suite on est frappé par son allure particulière ; il traîne la jambe droite et *la pointe du pied* est tournée en dehors. De temps en temps il fléchit sur cette jambe. Le corps est à demi-penché en avant et à gauche. L'enfant s'avance généralement, l'épaule gauche en avant, l'épaule droite et le bras droit rejetés en arrière, l'avant-bras dans une pronation forcée ; les doigts fortement étendus et écartés. Il peut du reste ramener la main en avant et saisir les objets. Cette main est animée de mouvements très caractérisés d'athétose ; ce sont des mouvements lents d'extension et d'écartement des doigts avec flexion et contorsion de la main. La volonté est incapable de les arrêter ; c'est au repos qu'ils se produisent le plus nettement.

Dans les mouvements volontaires il se fait autre chose : la main se ferme avec force, et les objets sont serrés d'une façon exagérée. On a quelquefois de la peine à dégager les morceaux d'étoffe, le mouchoir, la poignée de paille, etc. qui ont été saisis par la main droite et cela surtout si l'enfant est très occupé et apporte, par exemple, une certaine animation à ses jeux.

Assez souvent l'avant-bras est ramené contre la poitrine la main fermée avec force, le poignet fléchi dans l'attitude si fréquente chez les hémiplégiques atteints de contracture.

Du côté du membre inférieur, on constate une tendance marquée du pied à se tourner en dehors ou en dedans et des mouvements de flexion des orteils qui sont évidemment une ébauche d'athétose. Les réflexes sont à peu près normaux. Il n'y a pas d'atrophie des muscles, ni du squelette. Pas de déviation de la face ni de la langue. La sensibilité est normale.

J'ai revu le malade en septembre 1887, son état était à peu près le même. Au point de vue du développement intellectuel, il y a évidemment un peu de retard. P. C..., apprend à lire et à écrire avec lenteur ; la mémoire est assez bonne. La parole est un peu embarrassée, traînante, il y a du zézaiement, souvent le mot ou le nom propre font défaut, l'enfant s'arrête au milieu d'une phrase, le mot voulu ne se trouvant pas. Il le remplace par « chose, machin, tu sais bien », sans terminer la phrase commencée et sans faire effort pour s'exprimer autrement. Jamais d'attaque convulsive, pas de perte de connaissance, pas de céphalalgie ; pas de crises, de pleurs, de mauvaise humeur, de colère.

Il s'agit évidemment d'un cas particulier d'hémiplégie infantile caractérisée surtout par l'athétose. La cause de l'hémiplégie a été une plaie pénétrante de la région temporale gauche suivie immédiatement d'hémiplégie et d'aphasie. Par son étiologie, c'est un fait rare, exceptionnel, par sa symptomatologie un fait commun.

Cette observation équivaut presque à une expérience sur l'enfant et rien ici ne vient compliquer les choses : il s'agit d'une lésion traumatique de l'écorce cérébrale qui a porté sans doute au niveau des circonvolutions ascendantes dans leur partie moyenne ou inférieure. La petite cicatrice laissée à la peau de la région temporale ne peut pas fournir de donnée exacte sur le point du crâne sur lequel a porté la perforation, et par conséquent, d'après les recherches de Féré, sur le point du cerveau lésé. Cette localisation doit se déduire des phénomènes observés. En effet, la pointe de la fourche a dû pénétrer obliquement d'avant en arrière ; la plaie a saigné à peine, s'est cicatrisée rapidement et n'a laissé qu'une minime cicatrice.

Cependant il y a eu certainement pénétration, rien d'étonnant puisqu'il s'agissait d'une mince tige d'acier, très effilée et projetée avec force. L'hémiplégie immédiate du côté opposé, l'athétose consécutive sont des preuves certaines d'une lésion des circonvolutions. Il a pu y avoir presque immédiatement un foyer d'hémorrhagie plus ou moins étendu et compression momentanée de la partie inférieure des circonvolutions ascendantes et de la troisième frontale : de là l'hémiplégie complète et l'aphasie du début. Plus tard, le foyer de la lésion principale a seul persisté avec ses conséquences secondaires, la dégénérescence d'une partie du faisceau pyramidal et l'athétose, qui chez les enfants correspond à la contracture de l'adulte.

Cette observation démontre une fois de plus que lorsqu'il s'agit de lésions destructives du cerveau, la localisation est le fait principal, la nature même de la lésion le fait secondaire, au point de vue des conséquences physiologiques.

Dans le cas précédent, d'après les renseignements fournis par les parents, il paraît y avoir eu nettement *aphasie motrice* complète pendant les 8 à 10 premiers jours. L'enfant était dans l'impossibilité absolue d'articuler une seule parole, et cependant il entendait ce qu'on lui disait. Depuis, il a repris l'usage de la parole, mais il lui reste quelque chose de cette aphasie première : une articulation lente, embarrassée, l'absence fréquente d'un mot. Il cause moins bien que les autres enfants de son âge ; il cause même moins bien qu'avant son accident. Evidemment on peut penser qu'il y a une sorte de maladresse, d'athétose de la langue ; mais il y a en tout cas autre chose, tout au moins un retard de développe-

(1) P. Marie. — Article *Hémiplégie infantile spasmodique* du *Dictionnaire de Dechambre*.

ment au point de vue de l'élocution. On sait que l'aphasie ne persiste chez les enfants que d'une façon exceptionnelle (Bernhardt). Ils sont évidemment placés dans des conditions particulières, parce qu'ils sont atteints en pleine évolution. Il doit y avoir entre leur aphasie et l'aphasie ordinaire des différences correspondantes à celles que l'on trouve entre leur hémiphégie et celle de l'adulte, et l'on doit sans doute admettre une sorte d'athétose du langage.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le service militaire des Etudiants en médecine engagés conditionnels.

Jusqu'au 11 novembre 1886, les étudiants en médecine, possédant huit inscriptions, accomplissaient leur année d'engagement conditionnel dans les sections d'infirmiers militaires. Pendant les deux premiers mois, ils demeuraient au dépôt de la section où ils étaient exercés aux manœuvres de l'école du soldat. Puis, dès que leur instruction paraissait suffisante, ils étaient envoyés en détachement dans les hôpitaux militaires où ils recevaient l'enseignement professionnel des infirmiers de visite; enfin, au bout d'un mois, ils subissaient un examen pratique à la suite duquel ils obtenaient le titre et les insignes d'infirmiers de visite; ils accomplissaient alors ces dernières fonctions dans l'hôpital jusqu'à la fin de leur année de service militaire.

Depuis le mois de décembre 1886, les étudiants en médecine, engagés conditionnels, ne sont plus envoyés dans les sections d'infirmiers, et, par conséquent, ils ne comptent plus dans le personnel des hôpitaux militaires. Pourvu qu'ils possèdent douze inscriptions et qu'ils aient subi un examen d'aptitude, ces étudiants sont répartis dans les régiments et ils sont chargés du service des médecins auxiliaires ; ils ne jouissent pas cependant du grade correspondant à la fonction et ils restent simples soldats durant toute l'année.

Quelles sont les causes de ces modifications dans le service militaire des étudiants en médecine? Quels avantages l'armée peut-elle retirer de ces changements? Quelle influence les nouvelles dispositions doivent-elles avoir sur les études médicales ? C'est ce que je compte examiner brièvement dans cet article; mais, je dois tout d'abord le déclarer, c'est surtout comme étudiant que je veux envisager ces diverses questions.

La cause principale du changement d'affectation des étudiants en médecine tient au recrutement des infirmiers militaires. Les sections comprennent deux catégories d'infirmiers : 1° des infirmiers de visite; 2° des infirmiers d'exploitation. Les premiers, dont le nombre est très restreint, ont un rôle qui représente à peu près celui dont sont chargés, dans nos hôpitaux civils, l'interne et l'externe en médecine et l'interne en pharmacie. Les seconds sont, au contraire, de véritables infirmiers: ils lavent les salles, nettoient les lits, balayent les cours et les escaliers, etc... Or, les étudiants en médecine occupant les fonctions des premiers, il en résultait que, en dehors des engagés conditionnels, il n'y avait presque pas d'infirmiers de visite. Pour le service de santé, en temps de paix, cette organisation ne présentait peut-être pas de grands inconvénients; mais il en eut été tout autrement en cas de guerre ou de mobilisation générale. Et voici pourquoi : les étudiants deviennent, en passant dans la réserve et dans l'armée territoriale, des médecins auxiliaires ou des médecins aides-majors et ils abandonnent ainsi le titre d'infirmiers de visite. De là, absence de ces derniers dans notre armée de seconde ligne. Et, pour qui connaît le rôle très important dévolu aux infirmiers de visite, il est aisé de comprendre le trouble que pouvait jeter dans l'organisation du service de santé en campagne l'absence presque complète d'aides aussi indispensables.

Les nouvelles dispositions, en enlevant les étudiants en médecine aux sections, ont eu pour premier effet de ramener le recrutement normal des infirmiers de visite. Ceux-ci sont, en effet, choisis maintenant parmi les infirmiers qui restent pendant cinq ans sous les drapeaux; ils passent ensuite avec leur titre et leur fonction dans la réserve et dans l'armée territoriale. De la sorte, l'organisation du service de santé, en cas de guerre ou de mobilisation générale, se trouve assurée sur ce point.

Donc, entrave au recrutement normal des infirmiers de visite, telle est la première cause qui semble avoir déterminé le changement d'affectation des étudiants en médecine.

Une autre cause, c'est qu'on a voulu tirer meilleur parti des étudiants en médecine pendant leur séjour sous les drapeaux, c'est aussi qu'on a voulu les préparer au rôle qu'ils sont appelés à remplir dans la réserve et dans l'armée territoriale. Il faut bien le reconnaître, en effet, les étudiants n'apprenaient, dans les hôpitaux militaires, presque rien de ce qui devait être plus tard leur fonction dans les régiments et dans les ambulances. Sauf quelques exceptions, les médecins militaires étaient loin de regarder les engagés conditionnels, placés sous leurs ordres, comme des stagiaires auxquels il devaient donner une certaine instruction professionnelle. La confection des pansements les plus ordinaires, la tenue des cahiers de visite, la distribution des aliments et des médicaments, telles étaient, en réalité, pour les étudiants, les seules occupations ayant un caractère médical : les manœuvres des brancards, des litières et des cacolets constituaient, en outre, les seuls exercices pratiques. C'était là, n'est-il pas vrai, une instruction bien sommaire pour un futur aide-major de la réserve?

La répartition actuelle des engagés conditionnels médecins est venue heureusement corriger ce qu'il y avait de défectueux dans cette organisation. Les étudiants, envoyés dans les régiments, se préparent mieux au rôle qui leur incombera lors de leur passage dans la réserve. Sous la direction du médecin-major, ils font véritablement œuvre de médecin et ils sont exercés à toutes les exigences du service régimentaire. Aussi, pour l'intérêt de l'armée, la supériorité de ces nouvelles dispositions ne saurait-elle laisser aucun doute.

Voici, du reste, comme terme de comparaison, quel était l'an dernier l'emploi du temps des engagés conditionnels médecins. Les étudiants de chaque régiment furent, au commencement de leur année de volontariat, divisés en deux groupes : l'un des groupes assistait à la visite faite à l'infirmerie régimentaire par le médecin-major; l'autre était envoyé, le matin, dans un des hôpi-

taux militaires pour y suivre la visite du médecin traitant. Au bout d'un mois, les rôles furent intervertis : ce fut le premier groupe qui alla à l'hôpital et ce fut le second qui demeura à l'infirmerie. Au bout du second mois, nouveau changement ; et ainsi de suite. De la sorte, les engagés conditionnels arrivaient à connaître exactement les fonctions du médecin militaire à l'hôpital et à l'infirmerie. D'autre part, trois jours par semaine, ils suivaient, l'après-midi, le cours d'un aide-major sur le service de santé en temps de paix et en temps de guerre. Des trois autres après-midi, deux étaient occupées aux exercices des brancards et la troisième était consacrée à l'équitation. Je ne parle pas de l'instruction purement militaire, de l'apprentissage du service intérieur qui prenait une heure chaque jour, etc...

Vers le milieu de l'année, de nombreux engagés conditionnels médecins furent envoyés dans les Alpes pour prendre part aux manœuvres de montagne. C'est alors qu'on put vraiment se rendre compte des avantages de la nouvelle affectation donnée aux étudiants en médecine. Ceux-ci eurent, en effet, à remplir réellement les fonctions du médecin auxiliaire dans les compagnies détachées et éloignées de l'état-major. Ils furent ainsi chargés de passer la visite des hommes malades, en présence du capitaine commandant, et d'envoyer au médecin-major un rapport journalier sur l'état sanitaire de la compagnie. Ils accompagnèrent, pour assurer le service médical, les troupes dans toutes leurs manœuvres et dans tous leurs exercices (marches, tirs à la cible, etc.).

Après cette comparaison entre l'ancienne et la nouvelle utilisation des étudiants en médecine, il me semble inutile d'insister sur les avantages que l'armée doit retirer des dernières dispositions. Elle s'est en effet assuré sans aucun frais un service sanitaire très développé et très régulier.

Mais, de leur côté, les étudiants ont-ils gagné ou perdu à ce changement d'affectation ? Il semble que la question des intérêts individuels ne doive jamais être posée lorsqu'il s'agit des exigences de l'armée ; mais, cependant, il faut avouer que les étudiants en médecine se trouvent, au moment où ils accomplissent leur année de volontariat, dans une situation toute spéciale. Nous pouvons bien en causer, entre nous, dans un journal de la profession. On peut dire, en effet, que le plus souvent les étudiants en médecine arrivent sous les drapeaux au moment où les soldats de leur âge sont déjà libérés. Grâce aux sursis qui leur ont été accordés pour continuer leurs études, ils ont attendu, pour satisfaire au service militaire, l'âge de vingt-trois ou de vingt-quatre ans. Quelques-uns sont déjà docteurs ; d'autres sont internes ; d'autres sont sur le point de terminer leur scolarité. Voilà donc des hommes de vingt-quatre ans, très avancés dans leurs études, qui tombent au milieu de jeunes gens de vingt ans, pour la majorité desquels la science n'a certainement rien de pressant. Vous, qui êtes un médecin militaire intelligent, vous allez chercher à détourner le moins possible ces étudiants de leurs travaux habituels ; vous les autorisez à s'intéresser à vos malades et à recueillir des observations : vous leur permettez même d'aller passer quelques heures aux cours et aux travaux pratiques de la Faculté, quand les nécessités du service ne s'y opposent pas. Tout marche assurément pour le mieux.

Mais, si vous êtes médecin d'un hôpital militaire, si vos engagés conditionnels sont classés dans les infirmiers, vous allez provoquer des jalousies dès que vous accorderez ces quelques faveurs. Les autres infirmiers ne comprendront jamais pourquoi vous permettez aux étudiants, simples soldats comme eux, pourquoi vous leur permettez de sortir de l'hôpital, alors qu'eux sont obligés d'y rester et d'y travailler. De là des rivalités, de là des haines (pourquoi voulez-vous que ces pauvres infirmiers vaillent mieux que le reste du monde ?), et le service en souffre et vous êtes obligé d'être plus sévère.

Voilà comment les choses se passaient quand les étudiants accomplissaient leur volontariat dans les sections d'infirmiers. En réalité, je me hâte de le dire, elles ne se passaient pas partout de cette façon. Beaucoup de médecins militaires avaient jugé plus simple de refuser toute bienveillance à leurs engagés conditionnels et de ne tenir aucun compte des nécessités de leurs études. A Paris, cependant, grâce à l'intelligente direction donnée au service de santé par l'éminent médecin-inspecteur, M. Léon Colin, les étudiants obtenaient certaines facilités pour continuer leur instruction médicale. Une restriction était néanmoins à faire à l'égard de l'hôpital du Val-de-Grâce : aussi était-ce avec un réel ennui que nos camarades apprenaient leur désignation pour ce dernier établissement.

Aujourd'hui, tous ces tiraillements n'ont plus de raison d'être. Dans les régiments, les étudiants en médecine sont chargés d'un service spécial : ils se trouvent, jusqu'à un certain point, indépendants du reste de la troupe. Ils demeurent en réalité simples soldats ; mais ils ont les fonctions des médecins-auxiliaires, c'est-à-dire de sous-officiers. Leur situation est ainsi notablement rehaussée. Aussi les autorisations qu'ils obtiennent pour suivre quelquefois les cours et les exercices de la Faculté ne peuvent-elles en rien provoquer l'envie des autres militaires : il suffit qu'elles soient distribuées de façon à ne pas nuire au bon fonctionnement du service. De cette manière, dans plusieurs régiments, les étudiants en médecine ont pu, l'an dernier, ne pas perdre complètement de vue leurs études et se tenir au courant des questions médicales. Le mérite de ces dispositions doit sans doute être rapporté à l'administration supérieure qui en a prescrit l'exécution : mais une bonne partie doit en revenir aux colonels et surtout aux médecins-majors qui, presque partout, ont tenu à ne pas méconnaître les intérêts scientifiques dont ils avaient momentanément la charge.

Cette année, nous dit-on, des instructions ont été données pour que les engagés conditionnels médecins puissent consacrer à leurs études la plus grande partie du temps qui ne serait pas occupé au service du régiment. Nous ne pouvons qu'applaudir à ces mesures bienveillantes : le service de santé militaire augmentera ainsi ses droits à la reconnaissance du corps médical tout entier.

PAUL LOYE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 2 janvier 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. BIMAR étudie la *distribution des vaisseaux spermatiques chez les différents Mammifères.* Il a poursuivi ses recherches chez les ruminants (taureau, bélier), chez les solipèdes (cheval, âne), chez les carnassiers (chien, chat), chez les rongeurs (lapin). Il conclut de ses observations que chez les divers Mammifères les vaisseaux spermatiques présentent, sauf quelques différences secondaires, des analogies de distribution évidentes. Chez la plupart de ces animaux, le système vasculaire du testicule offre, relativement au volume de la glande, un développement considérable. Cette richesse vasculaire atteint son plus haut degré de proportion chez les ruminants et il n'est peut-être pas sans rapports avec la puissance génitale bien connue de ces animaux.

M. BORDAS décrit une *nouvelle maladie du vin*, qui frappe particulièrement les vignobles des environs d'Alger. Cette maladie est provoquée par un ferment spécial qui amène rapidement l'acétification du vin, qui décompose l'acide tartrique de la crème de tartre en acide tartronique et acide acétique. M. Bordas a pu étudier ce ferment, qui se présente comme un microbe en bâtonnet.

M. BERTRAND, poursuivant ses recherches sur le calcul des probabilités, étudie l'*association des électeurs par le sort.* La probabilité pour que, sur 500 députés élus en suivant cette méthode, la minorité, qui compte dans le pays les 0.45 des électeurs, obtienne un seul représentant, est plus petite que celle de gagner deux quines de suite à la loterie. La nomenclature d'un représentant de la minorité pourrait être considérée comme absolument impossible. L'expérience contredit en apparence cette assertion; mais l'association des électeurs d'un même département ou d'un même arrondissement n'est pas équivalente à un tirage au sort entre tous les habitants du pays. Les intérêts communs et des influences semblables corrigent dans une proportion inaccessible de calculs les lois du hasard, sans cela très certaines. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 *janvier* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. BROWN-SÉQUARD continue l'exposé de ses recherches sur la *toxicité de l'air expiré.* Lorsqu'on injecte 20 à 25 grammes d'eau renfermant le principe toxique de la respiration, on provoque des tremblements généralisés et une diarrhée cholériforme. Il survient pour ces faibles doses de la mydriase ; mais lorsqu'on injecte des doses plus élevées on voit apparaître du myosis. La mort a généralement lieu 3 à 4 jours après l'opération. Le sang des lapins tués de cette façon est toxique, car injecté à d'autres lapins il amène la mort en 18 à 20 heures.

M. BOUCHARD. — Les accidents toxiques se produisent-ils immédiatement?

M. BROWN-SÉQUARD. — Il survient aussitôt un malaise prémonitoire d'accidents beaucoup plus graves qui, comme je l'ai dit, entraîneront la mort au bout de 3 à 4 jours.

M. BOUCHARD. — Je ferai remarquer que le sang des animaux qui a servi aux injections de M. Brown-Séquard n'est pas beaucoup plus toxique que le sang de la veine-porte pris quelques instants avant la mort. Lorsque le sang est recueilli dans ces conditions, une partie de l'oxy-hémoglobine est mise en liberté et la mort arrive par suite des nombreux infarctus déterminés par les coagulations auxquelles donne lieu le sang injecté dans ces conditions.

MM. VARIOT et MOREAU ont étudié les tatouages humains en les reproduisant expérimentalement sur le chien et sont arrivés aux conclusions suivantes.

1° La plupart des tatouages bleus sont faits avec de l'encre de Chine, c'est-à-dire avec du noir de fumée; les figures paraissent bleues parce que les particules colorantes noires sont vues par transparence au travers de l'épiderme et d'une partie du derme.

2° La topographie des grains noirs diffère dans les tatouages anciens et dans les tatouages récents. Dans les tatouages expérimentaux récents, les particules colorées sont diffuses dans le derme. Dans les tatouages humains anciens, les particules colorées s'accolent à la tunique adventive des vaisseaux sanguins et y sont solidement fixées. Quelques grains sont aussi épars dans le derme. Les tatouages bleus à l'encre de Chine — les plus communs — constituent une véritable anthracose dermique. Le charbon est parfaitement toléré. C'est l'inaltérabilité de cette substance et sa fixité dans l'épaisseur même du derme qui expliquent l'indébilité des tatouages.

3° L'étude des tatouages rouges montre qu'ils sont dus à des grains noirs, brunâtres par lumière transmise et d'un beau rouge par lumière réfléchie. Les réactions chimiques de ces grains portent à croire que ce sont des particules de vermillon. Quant au groupement péri-vasculaire des particules colorantes, il est constant comme dans les tatouages bleus.

M. M. DUVAL. — Les faits qui viennent d'être exposés sont fort intéressants ; il reste néanmoins à donner l'interprétation de ce groupement péri-vasculaire des grains de charbon.

MM. DASTRE et MORAT, au cours de leurs expériences sur les vaso-moteurs, ont constaté sur des chiens anesthésiés et curarisés un gargouillement intestinal rythmique qu'ils se contentent de signaler actuellement, se réservant de l'interpréter dans une prochaine communication.

M. HÉNOCQUE étudie les propriétés hémostatiques de l'antipyrine. On peut l'employer dans ce but en poudre, en solution ou en pommade. La solution variera du 1/20e au 1/5e ; elle est en même temps antiseptique.

M. ARLOING, à propos de la communication de M. Laffont sur l'action de la cocaïne sur le système nerveux, dit qu'il a constaté et publié antérieurement tous les faits rapportés par cet auteur, faits qui sont contenus dans un mémoire inséré en 1885 dans les comptes rendus de la Société. Il espère que M. Laffont lui saura gré de lui rappeler ces travaux.

M. DASTRE dépose une note de M. STAMALI sur le suc gastrique de l'écrevisse.

M. M. DUVAL dépose une note de M. PRENANT (de Nancy) sur la *spermatogénèse chez les Reptiles*; — de M. LAULANIÉ, sur la *formation embryonnaire des éléments sexuels dans la série animale.*

Elections. — M. GUIGNARD est élu membre de la Société.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 janvier 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

Election de deux membres correspondants étrangers. — *Première élection* : Votants, 56 ; majorité, 29. M. MAGNUS HUSS (de Stockholm) est élu par 51 voix, contre M. Botkine (de Saint-Pétersbourg), 5 voix. —*Deuxième élection* : Votants, 55 ; majorité, 28. M. BOTKINE est élu par 53 voix contre M. Vanlair (de Liège), 2.

M. DANION fait une communication sur *le danger et l'inutilité des grandes intensités galvano-caustiques chimiques*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° Des expériences nombreuses et variées faites sur les animaux, démontrent que les hautes intensités galvano-caustiques chimiques déterminent des congestions souvent violentes, fréquemment suivies d'inflammation des organes intéressés; 2° Les résultats cliniques obtenus dans le traitement des affections utérines, confirment d'une manière très nette ces effets d'électro-chimie caustique expérimentale. Les hautes intensités peuvent, dans ce cas, déterminer des phénomènes inflammatoires graves et devenir mortelles ; 3° Il n'existe aucune donnée physiologique, aucun résultat empirique, pouvant plaider en faveur d'une substitution des hautes intensités aux basses et moyennes intensités, les-

quelles sont complètement inoffensives, d'où il suit que la méthode des hautes intensités est non seulement dangereuse, mais encore absolument inutile; 4° Les hautes intensités voltaïques, non caustiques, paraissent inoffensives; cependant de nouvelles expériences sont nécessaires pour confirmer cette conclusion.

Sur les lésions oculaires de la lèpre tuberculeuse :—M. Poncet reconnaît trois variétés de lèpre qu'il a étudiées au Mexique : 1° La forme Léonine ou tuberculeuse; 2° Antonine ou nerveuse, mutilante, et enfin 3° Lazarine ou tachetée, ulcéreuse. Il ne fait pas, de cette dernière variété, une phase d'évolution de la forme nerveuse, ainsi que l'a pensé Leloir, mais bien une variété nettement tranchée, systématisée. C'est au microscope à établir mieux encore la différence profonde qui existe entre les taches farineuses du début dans les formes antonines et les plaques gangréneuses de la variété lazarine.

Passant au siège du microbe, l'auteur admet les parasites hors des cellules et dans les cellules : les cellules de Virchow, les grosses masses qui contiennent des quantités énormes de bacilles sont bien des cellules à noyaux multiples, une variété de cellules géantes; le picro-carmin permet d'analyser leur structure et de reconnaître de nombreux noyaux rouges dans un protoplasma jaune. Présentant des aquarelles prises sur des yeux de lépreux à Constantinople par M. Zambaco, M. Poncet signale parmi les lésions extérieures, les tubercules palpébraux et conjonctivaux, la transformation de la cornée, laquelle passe par toutes les phases de la régression fibreuse après chémosis, ulcérations. Les lésions profondes, c'est-à-dire histologiques, offrent un grand intérêt. Dans les paupières, le bacille de la lèpre détruit les poils et les glandes de la peau, mais abandonne bientôt l'épiderme pour attaquer les faisceaux musculaires qui sont un siège de prédilection des grosses cellules lépreuses. Le cartilage tarse est relativement respecté.

Du côté de la muqueuse, l'envahissement est complet. Les papilles de la conjonctive sont formées de cellules bacillaires, au point d'y constituer une véritable variété de *granulations* bien différentes, toutefois, des granulations d'Egypte (1).

Sur la face muqueuse aussi, l'élément épithélial est respecté, même dans les zônes les plus malades. Les glandes à acini de toute nature ne sont pas envahies par le bacille, qui cependant occupe la gangue connective de l'organe. Sur les paupières examinées, le mal commence au bord palpébral et diminue en se rapprochant de la base de la paupière. La cornée est occupée par des colonies abondantes de microbes, dispersées selon les travées et le clivage de la cornée. La cornée a été envahie par la périphérie; mais soit en dedans, soit en dehors, les deux membranes enkystées ne contiennent pas de parasites; elles sont ulcérées, déchirées çà et là, surtout la membrane de Bowmann, mais dans l'épaisseur du filet transparent, le microscope ne trouve pas de bacille.

Dans la cornée, l'affluence des cellules remplies de microbes peut former un véritable abcès. Le processus ordinaire, c'est-à-dire la multiplication des cellules fixes, avec adjonction des cellules aberrantes, existe donc; seulement ces cellules sont envahies par le parasite.

Ce dernier paraît donc pénétrer dans le fond de l'œil, non pas par la sclérotique, qui devient saine en s'éloignant du cul-de-sac conjonctival, mais par la zône du cercle péri-cornéen, en dehors de la membrane de Descemet, dans l'angle irien. Et le voile de l'iris devient ainsi le siège de colonies irrégulièrement réparties dans toute sa surface. Le parasite gagne les procès ciliaires; mais devient de plus en plus rare en allant dans la choroïde vers le nerf optique. Il existait des microbes dans le canal de Petit, à l'équateur du cristallin, mais non pas dans la lentille protégée par sa capsule. Le corps vitré était sain. Les nerfs ciliaires dans le tissu périfascieulaire, offraient quelques points envahis; mais là aussi les lésions étaient voisines des procès.

En somme, sur ces yeux qui n'étaient pas encore complètement occupés par le bacille lépreux, l'examen du processus démontre que la lésion marche de l'extérieur à la profondeur, de la cornée à l'iris, de l'iris aux procès, des procès à la choroïde, le fond du globe restant sain quand les parties extérieures sont déjà rongées par le bacille.

Il semblerait que le parasite de la lèpre, dans la forme tuberculeuse, se cantonne dans le tissu conjonctif, cellules et lacunes lymphatiques, après avoir traversé l'épithélium cutané, qu'il ne pénètre que lentement dans les tissus spéciaux en respectant les éléments glandulaires, sans prendre la voie vasculaire ni la voie nerveuse. Il forme au début une lésion limitée superficielle et le tubercule ne serait pas alors le signe d'une affection déjà généralisée.

(1) L'auteur a montré, le premier en France, le microcoque des granulations d'Egypte. (Société de chirurgie et Congrès d'ophtalmologie, mai 1887.)

M. Ossian Bonnet fait une communication sur la *pathogénie et le traitement du mal de mer par l'antipyrine.* — M. Ossian Bonnet pense que l'embarras gastrique est une des causes les plus fréquentes du mal de mer. Afin de combattre cet état gastrique, il conseille de prendre, pendant les deux ou trois jours qui précèdent l'embarquement, un léger purgatif salin. Dans quelques cas même, il conseille un vomitif. Un seul médicament donne des résultats incontestables pour arrêter le mal de mer, débarrassé de toute complication; ce médicament est l'antipyrine, à la dose de 1 gr. 50 à 4 grammes. Si ce médicament n'est pas toléré par l'estomac, il convient de l'administrer par la voie hypodermique.

M. Le Roy de Méricourt n'accepte pas la pathogénie de l'embarras gastrique dans le mal de mer comme un fait démontré et pense que le meilleur moyen de combattre le mal de mer est de prendre des aliments et de boire du champagne.

M. Javal préconise le chloral contre le mal de mer.

M. Rochard attribue le mal de mer au vertige qui se produit dans les mouvements de descente, pendant le tangage. C'est un accident spasmodique comme la migraine et qui se passe dans les centres nerveux sans qu'on puisse encore en préciser le siège. Contre le mal de mer, M. Rochard conseille l'usage de l'alcool, l'emploi des onctions de belladone sur le ventre.

MM. Hanriot et Ch. Richet présentent une étude de la *variation des échanges respiratoires avec la ventilation pulmonaire et sous l'influence du sommeil.* Lorsqu'on cherche à retenir ou à accélérer sa respiration, la quantité d'acide carbonique excrétée varie beaucoup pendant les premières minutes, tend rapidement à revenir au chiffre normal, en le dépassant même pour compenser la variation produite au début. L'état de sommeil ou de veille n'a qu'une influence minime sur la quantité d'acide carbonique exhalé. Les combustions sont moins rapides pendant le sommeil hypnotique. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance solennelle du 11 janvier 1888. — Présidence de M. Lannelongue.

M. le Président rappelle l'état des finances de la Société et constate avec plaisir l'accroissement de ses ressources; il dit que la Société n'abandonnera pas les bâtiments qu'elle occupe aujourd'hui: l'installation qu'on lui propose au Palais des Sociétés Savantes étant trop inférieure à celle qu'elle possède actuellement. Après avoir cité les noms des membres décédés l'année dernière, il termine en mentionnant le résultat des diverses élections en 1887.

M. le Secrétaire annuel fait un rapport sur les travaux de la Société pendant l'année qui vient de s'écouler.

M. le Secrétaire général lit une notice sur la *Vie et les travaux de Gosselin.*

Prix décernés en 1887. — *Prix Duval* : ce prix est partagé entre MM. Villar pour sa thèse (*Tumeurs de l'ombilic*) et M. Métaxas-Zani, pour sa thèse (*Anaplasties secondaires*). — *Prix Laborie* : La Société ne décerne pas de prix. Elle partage la somme allouée, à titre d'encouragement, entre : 1° M. Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, pour son travail la *Guerre au Tonkin et à Formose*; 2° M. Pousson, agrégé de la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son mé-

moire sur le *Traitement chirurgical des Exstrophies de la vessie*; 3° M. L.-H. Petit, bibliothécaire adjoint à la Faculté, pour un travail sur les *Tumeurs gazeuses du cou ou aérocèles.* — *Prix Demarquay* : Le prix est partagé entre M. A. Démars, interne des hôpitaux, et M. le Dr Ménard (de Paris), auteurs des mémoires nos 5 et 7 sur la *Pathogénie et le traitement des kystes hydatiques du foie.* — *Prix Gerdy* : M. Barraud, interne des hôpitaux, auteur d'un mémoire sur les *hernies adhérentes au sac, accidents et thérapeutique.*

Prix à décerner en 1888 : *Prix Duval*, pour la meilleure thèse de chirurgie. — *Prix Laborie*, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie.

Prix à décerner en 1889 : *Prix Duval*, pour la meilleure thèse de chirurgie. — *Prix Laborie*, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie. — *Prix Gerdy*. Le sujet sera ultérieurement désigné. — *Prix Demarquay*. Sujet du prix : *Tous les abcès froids sont-ils tuberculeux?* — Les thèses et manuscrits destinés aux concours pour les prix doivent être déposés au siège de la société avant le 1er novembre de l'année où le prix doit être décerné. Pour les autres conditions, voir le 1er fascicule des bulletins et mémoires de la Société. Marc. B.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE LIÈGE.

Séance du 5 janvier 1888. — Présidence de M. Collard. Secrétaire général : M. Schiffers.

M. Fraipont lit un travail sur quelques cas d'*étranglement interne traités et guéris par la laparotomie.* De ces divers cas, l'auteur conclut que cette opération doit être faite aussitôt que le diagnostic du siège a été porté et que les moyens internes ont échoué. Les ponctions capillaires ne sont pas à conseiller, car, sous l'influence du météorisme, elles deviennent de vraies déchirures.

M. Snyers (Paul) expose les résultats obtenus à la clinique de l'Université par l'usage du *Strophantus* dans les maladies du cœur. Le Strophantus possède une action directe sur les fibres musculaires du cœur, dont il augmente l'énergie de contraction. Au point de vue clinique, il a l'avantage de ne pas déranger les voies digestives et de ne pas présenter d'effets cumulatifs. Plus de trente malades ont été soumis à son action pendant des périodes variant de quelques jours à deux mois. L'action sur le *pouls* se manifeste surtout dans les lésions valvulaires avec troubles de compensation. La fréquence du pouls diminue, sa force augmente; en même temps, la tension augmente et le rhythme devient plus régulier (le jour même de l'administration). La *diurèse* est aussi influencée d'une façon remarquable; elle augmente parfois en quelques jours de 1.500 grammes. Le Strophantus n'a échoué que dans quelques cas; la digitale et la caféine, administrées ensuite, n'ont pas produit plus d'effet. Il s'agissait alors de dégénérescence du muscle cardiaque. La préparation employée était la teinture alcoolique préparée par Kade (de Berlin). On la donnait à la dose de 20 à 50 gouttes par jour, par prises de 10 gouttes.

V. Dewez.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

I. Le Cascara Sagrada, et son emploi contre la constipation; par le Dr G. W. Farlow.

II. De l'antagonisme des médicaments; par le Dr Sydney-Ringer.

III. Usages de la Saccharine; par le Dr Macnaughton Jones.

IV. Traitement de l'Epistaxis; par le Dr Ch. H. Wade.

V. De l'emploi du nitrite d'amyle dans le choléra; par le Dr Théobald O. Palin.

VI. Usage du lard dans la phtisie pulmonaire.

VII. Traitement du rhumatisme; par le Dr E. E. Arnold.

I. Le *Cascara Sagrada* est la baie du *Rhammus purshiana*, arbuste qui vit sur les côtes de l'Océan Pacifique, aux Etats-Unis. Il ne faut pas le confondre avec le Rhammus frangula et le Rhammus catharticus, dont les baies possèdent aussi des vertus cathartiques. C'est le Dr Bundy, de Calusa (Californie) qui le premier introduisit son emploi dans la médecine; depuis longtemps déjà les habitants connaissaient ses propriétés. La baie contient trois résines: l'une brune, l'autre rouge, une troisième jaune; enfin une substance cristallisable, des acides tannique, malique et oxalique, une huile grasse et une huile volatile. On ne connaît pas encore exactement la valeur et la nature de ces différents corps.

L'auteur emploie depuis deux ou trois ans ce médicament contre la constipation, avec grand succès. Il cite plusieurs cas où il a obtenu de réels avantages par l'usage du Cascara Sagrada. C'est surtout dans les cas de constipation chronique, souvent associés à des troubles utérins ou péri-utérins, ainsi qu'à des affections anales ou du rectum, qu'il l'a vu agir avec efficacité. Il s'en est servi encore pendant la grossesse et après l'accouchement.

Le Cascara Sagrada agit toujours d'après lui, à coup sûr; il ne lui a jamais fait défaut. Souvent, après s'être servi de ce médicament pendant quelques semaines, les malades ont des selles régulières, se faisant sans l'emploi d'aucun laxatif. Ce médicament ne produit ni coliques, ni autres phénomènes douloureux, lorsqu'on ne le donne pas à doses trop élevées. Après son action, il ne donne pas lieu à de la constipation, et il n'est pas nécessaire, par là-même, d'en augmenter la dose. Il excite l'appétit et favorise les digestions. Il semble avoir une action excitante et tonique sur l'intestin et l'estomac, dans les cas d'atonie de ces deux organes. Les selles sont demi-molles, non liquides, à moins que la dose ne soit trop forte. Il a une action salutaire sur les hémorrhoïdes, en diminuant la congestion rectale; et même son emploi serait salutaire dans les cas de fissures anales. Il en est de même chez les femmes atteintes de troubles intestinaux, par suite d'affections utérines (métrite, fibromes, flexion, version, pelvi-péritonite, etc.). Enfin, son action est supérieure à celle de la rhubarbe, du Sené, de l'aloès et des laxatifs ordinairement en usage.

Le cordial au Cascara a un goût agréable; on l'emploie à la dose d'une cuillerée à café, soir et matin ou plus souvent. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, 27 octobre 1887, p. 402).

II. L'auteur émet l'idée suivante: à savoir que si les médicaments agissent dans les maladies, c'est par suite de leur effet sur notre économie, contraire à celui que produisent les ptomaïnes ou leucomaïnes engendrées par les affections. On sait en effet, que ces corps, ont une action toxique semblable à celle de certains alcaloïdes végétaux, comme l'atropine, la muscarine ou le curare. Le Dr Ringer s'efforce donc de prouver l'antagonisme qui existe entre certains médicaments.

Rossbach admet que lorsqu'un médicament a agi sur l'économie, si l'on vient à employer son antagoniste, celui-ci ne pourra jamais surpasser l'effet du premier et produire des phénomènes contraires. C'est ainsi que, d'après lui, l'action de l'atropine paralyse les nerfs secréteurs et les cellules de la glande sous-maxillaire, paralysie que ne peut arriver à vaincre l'action de la pilocarpine. Avec d'autres auteurs, le Dr Ringer est d'un avis contraire, et expose les expériences qu'il a faites à ce sujet :

Si dans un cœur de grenouille enlevé de l'animal, on injecte une solution de chlorure de calcium, suffisante pour empêcher l'action d'une forte excitation, et si l'on vient à y injecter ensuite une solution de chlorure de potassium, on voit réapparaître les battements du cœur. L'expérience faite d'une façon inverse réussit de même. On peut dans les mêmes conditions démontrer l'antagonisme de la vératrine et du chlorure de potassium. On peut par des séries successives d'injections, dépasser ainsi les doses toxiques de l'une et l'autre des deux substances.

D'un autre côté, les sels de potasse et la vératrine empêchent la période de réparation de la révolution cardiaque, effet qu'annule la présence du chlorure de calcium. Le phénomène de l'escalier que l'on obtient par l'action du chlorure de potassium, cesse par celle du sel de calcium. Mais la vératrine augmente la contractilité cardiaque et diminue le relâchement de ces parois, en prolongeant la durée de la contraction. On voit donc qu'à ce point de vue, la vératine et les sels de potasse sont antagonistes. Enfin, la vératine injectée dans le courant sanguin, produit l'irrégularité des contractions cardiaques, ou une grande lenteur dans la dilatation du cœur, phénomènes que fait cesser l'action d'une dose toxique d'un sel de potasse, en rendant les contractions spontanées. Si par l'action de ce der-

nier les battements sont affaiblis ou arrêtés, la vératrine produit un effet contraire et rend les contractions normales et spontanées.

Les sels de barium ont un effet semblable à celui des sels de calcium, mais plus actif. Toutefois, si on injecte un sel de calcium dans le courant sanguin, l'addition d'un sel de barium ne produira ensuite aucun phénomène plus accusé. Il semble que le premier se soit emparé des tissus et empêche l'action du second. Ce fait montre qu'en thérapeuthique, le mélange de deux médicaments ayant un effet semblable, ne donne pas lieu à des signes plus accusés que par l'emploi d'un seul.

En résumé, nous voyons que deux substances ayant une action contraire, introduites dans l'économie, l'une détruit l'effet produit par l'autre, et que leur action est nulle. D'autre part, de deux substances ayant un effet semblable, l'une ayant plus d'affinité pour les tissus, déplace l'autre et agit seule. D'autres corps étant en présence se combinent et donnent naissance à des corps insolubles, d'où absence totale d'action. Tels sont : l'acide oxalique et les sels de chaux ; lo sulfate de soude et les sels de barium.

Tous ces poisons n'ont un effet déterminé que s'ils sont introduits dans l'économie à des doses suffisantes. La dilution du sang le diminue. La recherche du poison antagoniste d'un autre poison est utile en médecine et il est nécessaire de rechercher avec soin les corps dont on peut se servir à coup sûr comme antidotes des différentes substances toxiques. (*The British med. Journ.*, 12 novembre 1887).

III. L'auteur a expérimenté dans son laboratoire les effets de la saccharine, au point de vue thérapeutique et physiologique. D'après lui elle a un pouvoir antiseptique, analogue à ceux de l'acide salicilique et du thymol. Toutefois elle ne trouble pas les fermentations gastriques et intestinales ; et n'a aucun action sur la ptyaline ou la pepsine. Elle passe dans l'urine sans se transformer ; et cette élimination se fait très-rapidement, en moins de 24 heures. Cette propriété, et la saveur sucrée qu'elle possède la font choisir, de préférence au sucre de cannes, pour le mélanger à la nourriture ; en effet cette absence de décomposition dans l'organisme, ne trouble en rien celui-ci. Son action antiseptique s'est manifestée très-nettement dans plusieurs cas de cystite où l'urine était par suite de son absorption à l'intérieur, privée des germes do la fermentation alcaline.

La saccharine est d'une grande ressource dans le diabète, non seulement parce qu'elle remplace le sucre, mais encore, parce qu'elle empêche la fermentation des torulæ, et par là prévient les accidents divers que l'on observe chez les diabétiques. On recueillera aussi de grands avantages de son emploi, chez les goutteux, les polysuriques, les calculeux, les dyspeptiques chez lesquels une trop grande quantité d'aliments féculents ou sucrés est nuisible ; non seulement dans la préparation des diverses potions, qui leur seront ordonnées mais encore, en la mélangeant aux aliments, afin d'adoucir chez ces individus la privation de sucre. La saveur sucrée de la saccharine est considérable sous un faible volume ; elle masque fort bien les médicaments amers (quinine, etc.) et ceux ayant un goût styptique (*Medical Press*, 12 octobre 1887).

IV. Cet auteur tient le traitement du Dr Jonathan Hutchinson ; il consiste à tremper les pieds et les mains du malade dans de l'eau aussi chaude que celui-ci peut la supporter. Les épistaxis les plus rebelles n'ont jamais, entre ses mains, résisté à ce traitement. Il en cite deux cas, où l'hémorrhagie durait depuis plus d'une heure, et qui a pris fin rapidement lorsque cette thérapeutique fut instituée. Elle n'occasionne aucun trouble chez les malades. Sa simplicité fait comprendre comment un médecin, ne pouvant se rendre immédiatement près du patient peut la faire exécuter, par les parents ou amis de celui-ci (*Medical Press*, 1er juin 1887).

V. Cet auteur dit avoir employé avec succès ce médicament pendant une épidémie de choléra au Japon en 1879. A la suite de fréquentes inhalations, le pouls redevenait perceptible. Pour lui, ce médicament agit en dilatant les vaisseaux de la superficie du corps, et par là diminue la congestion des viscères. Le choléra se manifestant par de la dilatation des vaisseaux viscéraux avec contraction des vaisseaux périphériques ; il pense qu'il faut voir là un antagoniste du poison de cette maladie. (*British Med. Journ.*, 5 novembre 1887.)

VI. Un médecin russe traite les phtisiques au moyen de lard bouilli dans du lait. Cette médication semble donner des résultats très encourageants, car, d'après l'auteur, le poids augmente, la toux diminue, l'expectoration s'apaise, et l'appétit revient. Tous les malades traités étaient à la première période de l'affection. (*Philadelphia Medical Times*, 15 novembre 1887.)

VII. L'auteur tient ce traitement du Dr Robert Nelson. Il consiste dans l'emploi d'une teinture de graines fraîches de *colchique*. L'écorce de ces graines contiendrait une huile volatile qui se précipite par l'addition d'eau à la teinture. Celle-ci est préparée au moyen d'une once de graines par demi pinte d'alcool. De cette teinture on prend cinq drachmes que l'on ajoute à une demi-pinte d'eau. On donne ce mélange dans les cas de rhumatisme aigu ou subaigu à la dose d'un once toutes les quatre heures, jour et nuit, jusqu'à ce qu'apparaissent des phénomènes toxiques : nausées, vomissements, diarrhée.

D'après l'auteur, qui expose deux cas de guérison de rhumatisme aigu par ce traitement, les symptômes cessent rapidement au bout de quelques jours.

Dans le cas de rhumatisme chronique, cette thérapeutique est moins active. Le Dr Arnold emploie alors avec succès l'*Eau minérale de Sainte-Catherine* et l'*iodure de potassium*, la première à la dose d'une cuillerée à café avant le repas. (*Weekly Medical Review*, Saint-Louis, 8 octobre 1887.) A. Raoult.

CORRESPONDANCE

Suette et Variole.

Angoulême, 27 décembre 1887.

Monsieur le Rédacteur,

A propos de l'épidemie de suette qui a sévi dernièrement dans le Poitou et dont vous parlez longuement dans votre numéro du 24 déc., il me revient à la mémoire que ce doit être cette maladie que j'ai observée il y a quinze à seize ans en même temps que la variole ; ainsi que le prouve du reste, je crois, jusqu'à l'évidence, ce que j'en dis dans un ouvrage (*Causes, hygiène et traitement des maladies chroniques*, etc., Paris, 1875, J.-B. Baillière et fils) où je lis, p. 137 et 138 : « Dans la terrible épidémie de variole de 1870-1871, ...

« J'ai vu je ne sais combien de malades avoir une sudation pendant quelques jours à traverser matelas, lit, etc., *dont la maladie se terminait là* ; j'ai cru d'abord à l'*existence de la suette en même temps de la variole*, mais c'était simplement des cas de variole où toute la matière morbifique avait été ainsi éliminée. »

Telle est la manière dont j'ai interprêté ces faits, que j'ai suivis avec la plus grande attention et le plus vif intérêt, sans trouver sur les malades dont je parle un *seul bouton de variole*. Je retrouve dans mes notes, entr'autres un cas dont je me souviens encore très bien d'ailleurs et qui me paraît des plus intéressants. Il s'agit d'un homme dont la femme était convalescente de la variole et qu'il avait soignée ; il fut pris d'une suette des mieux caractérisées qui dura environ quinze jours. Au lieu de l'éruption de la variole que j'attendais et que j'avais prédite dès qu'il tomba malade, ce fut celle de la suette qui se produisit, en même temps qu'une sudation extrêmement abondante.

Il n'est peut être pas inutile d'ajouter que j'ai observé tous ces cas sur le bord de la Charente, dans des lieux où la fièvre intermittente est très commune ; tandis que je n'en ai rencontré aucun sur les plateaux où elle est rare. Je les ai traités comme je traite la variole : par les vomitifs et les purgatifs abondants au début, et ensuite par la quinine à faible dose (30 à 40 cent.), tous les jours ou tous les deux ou trois jours, suivant les cas, jusqu'à la fin ; manière de faire dont je n'ai qu'à me louer.

Dans le Poitou, il y a eu rougeole et suette ; ici il y a eu

variole et suette. Dès lors n'est-on pas fondé à se demander si la suette ne serait point une forme particulière de fièvre éruptive (rougeole, variole, scarlatine) se produisant par suite de circonstances spéciales, lorsque, par exemple, les individus se trouvent en même temps sous l'influence du miasme des marais, comme cela semble être le cas pour les faits que j'ai observés ?

Il est d'autant plus naturel de se poser ces questions, il me semble, que d'ordinaire deux épidémies ne règnent point en même temps, et que toutes les maladies qui s'observent dans une épidémie en subissent en général l'influence et en portent plus ou moins le cachet.

Quoi qu'il en soit, après l'isolement et la désinfection, je ne crois pas qu'il y ait de traitement plus efficace à ordonner, pour le moment du moins, que les vomitifs et les purgatifs au début, jusqu'à ce que l'embarras gastrique soit vaincu, et la quinine ensuite à plus ou moins fortes doses, suivant les cas, tous les jours, ou tous les deux ou trois jours, en même temps que l'on combat les symptômes nerveux, s'il y en a, par le laudanum, l'oppression par les cataplasmes, les ventouses, même les sangsues, etc.

Veuillez agréer, Monsieur le Rédacteur, l'assurance de ma parfaite considération. Dr VACHER.

THÉRAPEUTIQUE

La diète animale en thérapeutique.

La déchéance organique menace la génération présente; elle ne prend pas sa source, ainsi qu'on pourrait le croire *a priori*, dans une alimentation insuffisante, car les classes aisées semblent être les plus menacées. L'observateur attentif trouverait plus volontiers la cause de cette déchéance dans la dépense nerveuse qui s'impose aujourd'hui. En effet, le cerveau, toujours en travail, contribue au progrès, ou jouit des surprises et des satisfactions que lui procure une civilisation avancée; il dépense ainsi la plus grande partie des forces destinées aux fonctions organiques et à la digestion, en particulier. Nous ne pourrions plus utiliser la lourde et frugale alimentation des ancêtres; elle réclame un déploiement de force trop considérable et l'usage de la nourriture animale s'impose à nous, parce qu'elle présente sous un petit volume une richesse nutritive incomparable. Le tube intestinal travaille beaucoup moins, mais il perd de sa vigueur, et son affaiblissement retentit sur la constitution générale; si à ce moment un nouvel effort est demandé à l'organisme; si un accident survient, la viande elle-même n'est plus digérée; la nutrition devient insuffisante, la chute est prochaine. Dans une telle conjoncture, le médecin pouvait autrefois recourir au régime animalisé qui soulageait l'estomac et relevait rapidement les forces. Cette ressource lui fait aujourd'hui défaut et il serait désarmé s'il n'avait, comme auxiliaire, la viande peptonisée en dehors de l'individu; celle-ci m'a été d'un puissant secours dans les circonstances suivantes :

J'ai pour ami et client M. M..., homme instruit, d'une excellente constitution, mais doué d'une activité dévorante.

Pendant dix années, il travailla dix-huit heures par jour, surmenant à l'envi son cerveau et son corps. A trente-huit ans, il eut à soutenir un procès dans lequel sa fortune était en jeu; il n'en fallait pas tant pour faire déborder le vase.

Dès la deuxième année de lutte, M. M.., devint misanthrope; ses jeunes enfants qu'il adorait, lui pesaient comme un remords; son esprit se traînait péniblement dans les travaux et les expériences qu'il avait à suivre; lui, qui avait tant voulu, se sentait las de vouloir. Un besoin infini d'anéantissement l'envahissait comme on ressent parfois un besoin invincible de dormir. Son goût s'était émoussé; l'appétit était nul. Afin de faire face à un travail écrasant, à une lutte difficile, il mangeait par raison, mais sans profit. Les nuits étaient mauvaises; le matin, un léger sommeil réparateur était troublé par une sueur profuse; il perdait du poids tous les jours, et ses traits s'altéraient visiblement.

Confident de ses pensées secrètes, j'étais effrayé de cet épuisement nerveux: le repos, l'oubli, eussent, j'en suis convaincu, sauvé cette vaillante nature sur le penchant de la ruine; mais il portait seul le poids des affaires, et il était inopportun de lui conseiller le repos.

Je lui fis prendre de la viande en poudre à haute dose; les selles devinrent odorantes et l'on y rencontrait au microscope des fibres striées; je pensais que le lait serait mieux assimilé; il n'en fut rien. J'engageai alors M. M... à prendre, un quart d'heure avant chaque repas, deux cuillerées à bouche de Peptone Defresne, dans un peu de bouillon ou d'eau tiède et salée. Après quinze jours de ce régime, l'alimentation ordinaire n'était encore qu'imparfaitement utilisée; mais la Peptone commençait à relever les forces; l'accablement intellectuel perdait de son intensité et les sueurs nocturnes devenaient moins fréquentes.

Bientôt le goût se réveilla, les aliments furent mieux utilisés; le sentiment de fatigue infinie disparut et, dès ce moment, M. M... puisa une force nouvelle dans la vue de ses enfants. Il continua la Peptone Defresne pendant une année et reprit un peu d'embonpoint.

Sur ces entrefaites, il gagna son procès; cette heureuse issue compléta la cure commencée avec la Peptone Defresne. L'esprit reste encore assombri par un souvenir pénible; mais le travail est redevenu aisé et fécond.

Dans cette observation, la peptone a fait ce que l'on ne pouvait plus espérer d'un régime alimentaire quelconque.

(*Gazette des hôpitaux.*)

BIBLIOGRAPHIE

Des rapports du rachitisme et de la syphilis; par CAZIN et ISCOVESCO (Mémoire couronné par l'Académie de Médecine, prix de l'hygiène de l'enfance). — Asselin, Paris, 1887.

Le rachitisme ne dérive pas de la syphilis: il peut être précédé mais il n'est jamais engendré par elle; s'il existe parfois un lien entre les deux maladies ce seul lien, c'est l'athrepsie. Telles sont les idées fondamentales du mémoire de MM. Cazin et Iscovesco, idées qu'ils défendent par une quintuple série de preuves tirées de l'anatomie pathologique, de la clinique, de l'étiologie, du traitement, de la pathologie comparée.

I. La partie anatomo-pathologique du mémoire est particulièrement remarquable. Parrot, pour admettre l'identité de nature des deux maladies s'était surtout fondé sur ce que dans toutes deux on rencontre le tissu spongoïde, tissu dont la valeur était pour lui pathognomonique. MM. Cazin et Iscovesco montrent d'abord que le tissu spongoïde présente dans le rachitisme et la syphilis de notables différences de distribution développé systématiquement sur un grand nombre d'os à la fois pour la première maladie, localisé dans les ostéophytes pour la seconde. Mais ils montrent de plus que ce tissu spongoïde n'a pas de valeur pathognomonique, qu'il peut se rencontrer en dehors de la syphilis et du rachitisme; ils l'ont en effet trouvé dans plusieurs cas de tuberculose osseuse. C'est là un point intéressant et, croyons-nous, tout à fait nouveau.

II. Cliniquement, sur 109 enfants rachitiques qu'ils ont examiné, les deux auteurs n'ont rencontré que huit syphilitiques dont deux seulement absolument certains. Il est vrai qu'ils sont loin d'admettre comme incontestables tous les signes attribués à la syphilis héréditaire. Les ostéophytes larges, étalés, durs, siégeant sur l'humérus, le tibia, le crâne, sont pathognomoniques. La kératite interstitielle, la dent type d'Hutchinson ont également une signification. Mais MM. Cazin et Iscovesco n'accordent aucune valeur aux fissures labiales, à toutes les érosions dentaires cupuliformes, sulciforme, cuspidienne, en hache décrites par Parrot, érosions qu'ils ont rencontrées chez quarante enfants scrofuleux sur cinquante. Ils n'accordent pas de valeur non plus au crâne natiforme quand il n'a

d'autres caractères que la saillie des bosses pariétales sans ostéophytes. Enfin les cicatrices des fesses et des cuisses seraient uniquement dues aux érosions produites très fréquemment dans ces régions par la malpropreté ; elles seraient presque constantes chez les enfants des classes pauvres et sur 51 enfants pris au hasard à l'hôpital de Berck, les auteurs les ont trouvées quarante-huit fois. En se fiant à des symptômes aussi aléatoires on admettra donc chez presque tous les enfants — et tout naturellement chez presque tous les rachitiques — la syphilis héréditaire. Dans un autre ordre de preuves, MM. Cazin et Iscovesco rapportent plusieurs observations de parents ayant contracté la syphilis après la naissance d'enfants rachitiques. M. Cazin a aussi observé plusieurs cas de syphilis chez des jeunes gens qu'il avait soignés rachitiques dans leur enfance. — La syphilis héréditaire aurait dû les mettre à l'abri d'une contagion ultérieure. Sans doute, les enfants syphilitiques sont parfois atteints de rachitisme, mais c'est parce que la syphilis entraîne chez eux l'athrepsie ; elle n'agit qu'au même titre que toutes les autres causes débilitantes. Parfois, pourtant, il existe un pseudo-rachitisme syphilitique ; des ostéophytes peuvent simuler les nouures, les incurvations des os rachitiques, mais un examen attentif permet de reconnaître les hypérostoses et de constater que les déviations très marquées en apparences sont minimes en réalité.

III. Dans la partie étiologique de leur travail, les auteurs mettent en relief l'influence des causes purement hygiéniques sur le développement du rachitisme. L'affection n'est-elle pas fréquente dans des campagnes presque indemnes de syphilis mais très pauvres? L'humidité et le froid ne favorisent-ils pas son développement? Enfin s'il est difficile de connaître d'une façon précise les antécédents héréditaires à l'hôpital, cette recherche est moins aléatoire dans la clientèle aisée. Or, on trouve nombre d'enfants rachitiques dans des familles absolument indemnes de syphilis, tandis que l'affection ne se montre pas dans des familles manifestement syphilitiques.

IV. Si le rachitisme était de nature syphilitique le traitement spécifique devrait être efficace contre lui et être le seul efficace. Or il est inutile, et dans bien des cas, il semble même être plutôt nuisible. Au contraire le traitement maritime agit merveilleusement dans le rachitisme, tandis qu'il aggrave plutôt les manifestations osseuses de la syphilis héréditaire.

V. Enfin la pathologie comparée fournit à MM. Cazin et Iscovesco un dernier et ingénieux argument. Le rachitisme existe avec ses caractères typiques chez les animaux ; la syphilis chez eux n'existe pas.

Telles sont les principales données de ce mémoire aussi remarquable au point de vue scientifique qu'au point de vue critique. Les auteurs ont, on le voit, vivement combattu les doctrines de Parrot ; cette analyse devait surtout mettre les dissidences en relief ; elle pourrait peut-être par là donner une impression inexacte si nous ne mentionnions en terminant le soin avec lequel MM. Cazin et Iscovesco ont, toutes les fois qu'ils en ont eu l'occasion, rendu pleine justice aux travaux de leur éminent prédécesseur. Il convient de les en féliciter. A. F. Plicque.

Leçons de Clinique Chirurgicale; par M. le Dr Péan. (Cinquième volume). — Masson, éditeur, Paris, 1887.

M. Péan vient de publier le cinquième volume de ses leçons de Clinique Chirurgicale, professées à l'hôpital Saint-Louis en 1881 et 1882. On trouve à la fin de ce volumineux ouvrage les observations recueillies dans son service de 1881 à 1883 et la statistique des opérations de gastrotomie pratiquées par lui pendant l'année 1885. Voici le titre des principales leçons constituant la première partie de l'ouvrage : *Des kystes hydatiques de la prostate; — Des suppurations pariétales du bassin et des fistules auxquelles elles donnent naissance* (suppurations cutanées, et du tissu cellulaire, hygromas suppurés des régions pelviennes, abcès trochantériens ostéopathiques, abcès d'origine articulaire, suppuration pariétale intra-pelvienne, de la fosse iliaque interne et des parois du petit bassin, abcès ostéopathiques séniles, collections purulentes de l'acné, abcès du bassin par congestion, fistules consécutives aux collections purulentes des parois pelviennes) ; — *Des fistules utéro-vésicales ; — Ablation de la langue ; — De l'hystérectomie totale.* Les kystes hydatiques de la prostate sont très-rares. M. Péan en cite une observation personnelle et rapporte avec beaucoup de détails, celles qui déjà ont été publiées en France.

Il eût peut-être mieux valu donner un court aperçu de celles publiées par les chroniqueurs étrangers ; mais ces observations, ainsi que le fait remarquer M. Péan, sont trop incomplètes pour être résumées avec fruit. En tous cas, c'est là un siège tout à fait exceptionnel des kystes hydatiques ; ce chapitre doit donc pour attirer l'attention, au point de vue scientifique, du moins, car le diagnostic de cette localisation des échinocoques est à peu près impossible en pratique. Certains passages relatifs aux suppurations pariétales du bassin sont aussi à signaler. A propos des ablations de la langue et de l'hystérectomie vaginale, on trouvera reproduit dans ce volume la fameuse réclamation de priorité de M. Péan, à propos de l'invention des pinces à force-pressure et de l'hémostasie préventive du vagin et des ligaments larges lors d'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale. La deuxième partie de l'ouvrage est consacrée aux observations : d'abord à celles qui se rapportent à l'étude des plaies, cicatrices et contusions. (On y trouve 105 observations), puis à celles des brûlures, des congélations, de certains accidents syphilitiques, des fractures, des ostéites, des tumeurs des os, des luxations, arthrites, etc., etc. Il faudrait citer toute la table des matières d'un traité de pathologie externe pour donner une idée de tous les faits cliniques rapportés dans ce compendieux volume. Une statistique qui a été placée à la fin constitue un résumé très succinct de toutes les observations recueillies dans le service de M. Péan ; quelques-unes sont évidemment très intéressantes et il eut été regrettable de ne pas les voir publiées. Tous les chirurgiens seront de cet avis. Marcel Baudouin.

VARIA

L'Assistance publique en province.

Le *Petit Troyen*, dans son numéro du 27 décembre, publie l'extrait suivant de la dernière séance du Conseil municipal de Troyes :

M. le maire donne lecture au conseil d'une lettre de M. Piat, maire de Sainte-Savine, qui nie avoir reçu de M. le maire de Troyes une lettre relative aux malades de Sainte-Savine soignés à l'hospice. M. Piat affirme que sa commune n'a jamais refusé de payer pour ses malades reçus à l'hospice de Troyes.

M. le maire donne à ce sujet lecture d'un rapport de la commission des hospices qui constate, au contraire, que l'administration de Sainte-Savine n'a jamais rien payé que 22 fr. 50, le 3 novembre dernier, après y avoir été contrainte par la préfecture. M. le maire affirme que M. Piat envoie des malades indigents de Sainte-Savine, en leur recommandant de ne pas dire qu'ils habitent Sainte-Savine, mais une rue quelconque de Troyes. Comment, en effet, s'expliquer qu'une commune qui, ayant près de cinq mille habitants, n'a à son budget qu'une somme dérisoire de cent francs pour secours aux malades et indigents ;

Le budget de l'hospice de Troyes est grevé très sérieusement par les pays voisins qui envoient leurs malades indigents que l'on reçoit par humanité, car très souvent les malades en question sont atteints de maladies très graves.

Nous constatons, cependant, dit M. le maire, qu'aucune commune des environs n'agit avec autant de désinvolture que l'administration de Sainte-Savine dont la population a toutes nos sympathies, mais puisque M. le maire de Sainte-Savine ne veut pas payer pour les malades qu'il nous envoie, nous nous verrons, à l'avenir, forcés de ne pas les recevoir à l'hospice de Troyes s'ils ne sont pas porteurs d'une autorisation en règle de l'administration de Sainte-Savine, à seule fin qu'après l'admission des malades, M. Piat ne vienne plus dire que cela ne le regarde pas.

Ce compte rendu sommaire est plein d'utiles renseignements sur la singulière façon dont les maires entendent l'assistance publique en province. Un grand nombre de communes, même d'une importance relative, n'ont ni hôpital, ni hospice, ni même de bureau de bienfaisance. Les crédits alloués à l'assistance sont dérisoires. Il n'est pas encore entré dans l'esprit de ces

maires ni des conseils municipaux, dont ils sont l'émanation, que l'assistance des malades, des vieillards, des infirmes est une obligation sociale. Ils sont pour la charité, l'aumône, la mendicité. Si chaque commune avait une bonne *organisation des secours à domicile*, la meilleure pour les malheureux, chaque fois qu'elle est possible, et toujours la moins coûteuse, elle n'aurait que rarement l'occasion de recourir à l'hôpital. Mais beaucoup de municipalités, au lieu de remplir leur devoir, n'ont rien de plus pressé que de se débarrasser de leurs malades en les envoyant dans les hôpitaux des villes voisines... quand elles ne les expédient pas à Paris.

Souvent, à l'exemple digne d'éloges du maire de Troyes, ne prenant pour guides que les sentiments d'humanité, le malade est reçu. Généralement aussi, à l'exemple digne de blâme du maire de Sainte-Savine, la commune qui doit l'assistance refuse de participer aux dépenses. Les maires qui, comme celui de Sainte-Savine, conseillent aux malheureux de donner une fausse adresse sont loin d'être rares.

Pour remédier à des pratiques aussi détestables, il suffirait d'instructions ministérielles bien nettes et bien formelles La plupart des hôpitaux-hospices des grandes villes renferment un nombre suffisant de lits pour faire face non seulement aux besoins de la ville, mais aussi aux besoins des communes environnantes. Il y a des lits vacants, même en nombre assez grand pour qu'il soit venu à l'esprit de quelques commissions administratives la singulière idée de les mettre à la disposition de l'Administration de l'Assistance publique de Paris. Ces lits vacants devraient être à la disposition des malades du canton, ou de la région voisine de la ville, dans des conditions nettement déterminées, moyennant un prix de journée fixé chaque année, payable en totalité ou en partie et par la famille et par la commune. Il n'est pas possible que le ministre de l'intérieur autorise les hôpitaux de province à se créer des ressources au préjudice des malades et de la localité et des localités voisines, ainsi que l'ont proposé des hommes qui n'ont aucune notion sérieuse de l'Assistance. En débarrassant les hôpitaux-hospices des vieillards susceptibles d'être maintenus dans leurs familles moyennant un secours annuel convenable, — *la pension représentatrice du séjour à l'hospice* — on pourrait hospitaliser tous les malades de la région de la ville qui a un hôpital et qui ne peuvent être soignés chez eux.

Ce que les municipalités de province font pour les malades ordinaires, elles le font aussi pour les malades aliénés, et alors les conséquences sont encore plus graves. Tous les médecins s'accordent pour reconnaître que *plus tôt* le traitement est institué, plus grande est la proportion des guérisons et, par conséquent, moins lourdes sont les charges publiques. Aujourd'hui, quand il y a un aliéné dans une commune, c'est à qui dissimulera la maladie; loin d'encourager la famille pauvre à placer son malade, le maire l'incite à le garder, afin que sa commune n'ait pas à participer à la dépense d'entretien dans l'asile. On temporise, mais un jour le malade commet un acte grave et on est obligé de l'interner. Au début, le malade était curable, son traitement n'aurait entraîné qu'une minime dépense; maintenant il est incurable et c'est pendant des années qu'il faudra payer sans compter, qu'au lieu de pouvoir redevenir un citoyen actif, utile, il demeurera une non valeur pour le reste de ses jours.

Le ministre de l'intérieur qui daignera descendre des hautes régions de la politique à l'examen de ces questions et qui saura réaliser ces modestes réformes, rendra, sans dépense pour l'État, de réels et incontestables services et économisera les dépenses et des communes et des départements. B.

La limite d'âge..... des magistrats et des professeurs des Facultés.

Les journaux politiques ont publié à la fin de décembre la note suivante :

M. Fallières, garde des sceaux, a décidé de reprendre l'étude d'un projet établi par M. Mazeau, sur les propositions des procureurs généraux. Il s'agit de régler la limite d'âge des membres ordinaires de la magistrature assise : pour les présidents et conseillers de Cour d'appel et les juges d'instructions, à soixante-cinq ans; pour les présidents et juges de première instance, à soixante ans.

Cette mesure devrait être appliquée aux professeurs de l'enseignement, et la limite d'âge fixée à 65 ans pour tous les professeurs *à nommer*, à 70 ans pour les professeurs *actuels*. Souhaitons qu'il se trouve un ministre de l'instruction publique assez soucieux de l'enseignement supérieur et de la réputation même des professeurs pour en prendre l'intiative.

Remplacement dans les hôpitaux et hospices des noms de saints et saintes par des noms de chirurgiens, médecins, etc., etc.

Nous avons publié en 1880, page 571, des documents intéressants sur cette question. Depuis lors nous avons indiqué les hôpitaux dans lesquels cette réforme avait été réalisée. Nous devons ajouter que dans certains hôpitaux, comme la Pitié, il s'agissait, dans une certaine mesure, d'un retour à un ancien état de choses. Nous lisons en effet dans l'Essai sur la topographie physique et médicale de Paris, par le citoyen Audin-Rouvière, paru « l'an IIe de la République française une et indivisible », que, à l'hôpital de la Pitié qui s'appelait alors la Maison des Elèves de la Patrie : « On voit, avec satisfaction, sur le fronton des portes des différentes salles, les noms des Grands Hommes : Régulus, Anaxagoras, Solon, Brutus, J.-J. Rousseau, etc. La Patrie, la vertu, sont toujours à l'ordre du jour dans cette *maison* ; ces enfants adressent, tous les matins, leurs vœux à l'Etre-suprême, et consacrent leur journée au travail et à l'instruction; ils ne perdent plus le temps précieux de l'enfance à assister à des convois funèbres dans Paris : la fraternité, la bonne morale, les vertus républicaines sont sans cesse retracées à leurs yeux, et constituent la base de leur éducation ».

Recrutement des médecins adjoints des asiles par le concours.

Le Conseil des Inspecteurs généraux des établissements de bienfaisance a été saisi dernièrement par M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, de l'examen d'un projet tendant à instituer le concours pour le recrutement des médecins adjoints des asiles d'aliénés. Le Conseil a adopté les conclusions conformes d'un rapport de M. le Dr A. Regnard, établissant le concours par circonscriptions régionales qui auront pour chefs-lieux certaines villes possédant des Facultés ou des Écoles préparatoires de médecine. Le département de la Seine formera une région, avec l'adjonction des seuls asiles de Clermont et d'Evreux. Le concours sera ouvert toutes les fois qu'il y aura lieu de pourvoir à deux vacances. Les épreuves comprendront une question écrite, éliminatoire dans les cas où le nombre des candidats dépassera trois pour une place et une question orale. Il sera tenu compte des travaux antérieurs des candidats.

Nous reviendrons sur cet important sujet dans un prochain numéro.

Étudiantes en médecine.

Une pièce de vers humoristique récemment publiée, décrit l'état piteux d'une contrée de l'Amérique du Nord, où un professeur s'applique à donner à une étudiante en médecine les premières leçons d'anatomie. Tout l' « humour » réside dans la timidité du professeur, désirant autant que possible restreindre ses descriptions aux choses qu'il estime convenables. Au point de vue de la plaisanterie, le sentiment est recommandable; mais, quand il atteint la vie réelle, il devient ridicule. Les hommes qui ont étudié à l'étranger savent combien il est facile de travailler l'anatomie ou toute autre partie des études médicales, au milieu d'étudiantes en médecine, avec tous les détails possibles. Il en est de même pour les opérations d'obstétrique et de gynécologie en présence des infirmières, sans qu'il se manifeste aucun dégoût. On peut dire que les étudiants montrent plus de défiance vis à vis de leurs collègues femmes que celles-ci à l'égard des premiers. Ceci serait dû à ce que les femmes n'ont rien étudié qui n'ait une portée scientifique. (*Medical Press*, 20 juillet 1887.)

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 16. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Ollivier, A. Robin — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Budin, Kirmisson.

MARDI 17. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Polaillon, Maygrier. — 4e *de Doctorat* : MM. Jaccoud, Proust, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Richet, Tarnier, Peyrot.

MERCREDI 18. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Marc Sée, Joffroy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Trélat, Segond, Ribemont-Dessaignes ; — (2e *Série*) : MM. Budin, Delens, Reclus.

JEUDI 19. — 2e de *Doctorat* (2e partie) MM. G. Sée, Mathias-Duval, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Tarnier, Peyrot, Brun.

VENDREDI 20. — 1er *de Doctorat* (2e *Série*) : MM. Regnauld, Guebhard, Villejean. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Delens, Ribemont-Dessaignes.

SAMEDI 21. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Campenon.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 17. — M. Léonardi. Pathogénie nerveuse des varices chez les femmes enceintes. — M. Delerse. De la mydriase dans quelques affections encéphaliques et cérébro-spinales. — *Jeudi* 19. — M. Hontang Suette miliaire. — M. Polguère. Infections secondaires. — *Vendredi* 20. — M. Guillet. Tumeurs malignes du rein. — M. Gauillard. Contribution à l'étude du phimosis et au traitement de quelques lésions sous-préputiales. — *Samedi* 21. — M. Dumont. Etude sur les bactéries des eaux minérales de Bohême. — M. de Vernéjoul. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la pleurésie chez les enfants.

FORMULES

II. Traitement de l'icthyose.

II. 1° Prendre un bain alcalin tous les jours ou tous les deux jours ;

2° Employer le glycérolé suivant:

Glycérolé d'amidon à la glycérine Price.	100 gr.
Acide tartrique.	5 gr.

3° Une fois la maladie guérie, il faut entretenir la douceur de la peau par des lavages quotidiens avec le mélange suivant :

Glycérine neutre	100 gr.
Eau distillée.	900 gr.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er janvier 1887 au samedi 7 janvier 1888, les naissances ont été au nombre do 1157, se décomposant ainsi : *Sexe masculin:* légitimes, 428 ; illégitimes, 154. Total, 582. — *Sexe féminin:* légitimes, 422 ; illégitimes, 153. Total, 575.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er janvier 1887 au samedi 7 janvier 1888, les décès ont été au nombre de 1138, savoir : 589 hommes et 549 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 19, F. 14. T. 33. — Variole : M. 3, F. 2, T. 5. — Rougeole : M. 6, F. 8. T. 14. — Scarlatine : M. 2, F. 1, T. 3. — Coqueluche : M. 4, F. 5. T. 9. — Diphthérie, Croup : M. 29, F. 19, T. 48. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 115, F. 79. T. 194. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 11. T. 24. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 31. T. 50. — Méningite simple : M. 12, F. 17. T. 29. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 35, F. 34. T. 69. — Paralysie : M. 2, F. 3. T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 7. T.10 . — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 34. T. 63. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 27 T. 48. — Bronchite chronique : M. 22, F. 33. T. 55. — Broncho-Pneumonie : M. 27, F. 26. T. 53. — Pneumonie M. 33, F. 40. T. 73. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 14. T. 30. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 7. T. 17 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 3. T. 6. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 18. F. 14, T. 32. — Sénilité : M. 15, F. 28. T. 43. — Suicides : M. 16, F. 6 T. 22. — Autres morts violentes : M. 16 F. 6. T. 22. — Autres causes de mort : M. 93 F. 70. T. 163. — Causes restées inconnues : M. 8. F. 3. T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 84 qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 35, illégitimes, 14. Total : 49. — *Sexe féminin :* légitimes, 22 ; illégitimes, 13. Total : 35.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. DE GENNES, docteur en médecine, est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale à ladite Faculté (Hôpital Necker) (emploi nouveau). — La chaire de pathologie comparée et expérimentale de la Faculté de médecine de Paris, inoccupée depuis la mort de M. Vulpian, est déclarée vacante.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — La chaire de géologie et minéralogie est déclarée vacante.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — La chaire de chimie est déclarée vacante.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un congé, sans traitement, est accordé sur sa demande, pendant l'année scolaire 1887-1888, à M. Leuret, chef des travaux pratiques de physique à ladite Faculté.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'AMIENS. — Sont nommés à ladite école : MM. Bocquet, préparateur de chimie ; Hanot, préparateur de physique ; Roussel, préparateur de pharmacie ; Detorgny, préparateur d'histoire naturelle

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — Un concours pour une place de professeur suppléant de chimie et de physique à l'Ecole de médecine et de pharmacie de Caen, aura lieu le 16 juillet 1888 à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — Un concours pour une place de chef des travaux anatomiques et physiologiques à l'Ecole de médecine de Poitiers, s'ouvrira le 16 juillet 1888, à ladite Ecole.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours de l'Internat*. — Les questions données ces jours derniers à l'épreuve orale ont été : *Articulations de l'épaule et phlegmons diffus.— Espace intercostal; signes et diagnostic des cavernes pulmonaires.*

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Par suite de la retraite de M. RIQUARD, nommé médecin honoraire des hôpitaux, M. VERDALLE est nommé chef de service à l'hôpital Saint-André, en remplacement de M. Riquard. — M. ARNOZAN est nommé médecin en chef de l'hospice des Incurables et du pavillon d'isolement de Pellegrin, en remplacement de M. Verdalle. — M. RONDOT est nommé médecin titulaire à l'hospice des Vieillards, en remplacement de M. Arnozan. — M. POUSSON est nommé chirurgien-adjoint à l'hôpital Saint-André. — M. MONOD (E.) est nommé chirurgien-adjoint à l'hôpital des Enfants. — M. COURTIER est nommé chirurgien-adjoint à l'hospice de Pellegrin.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — La commission administrative des hospices civils rappelle que le 28 janvier 1888, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours pour la nomination à cinq places d'élèves internes en pharmacie (*Le Petit Provençal*, 6 janv.).

HÔPITAUX DE TOULOUSE. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes : *Internes titulaires*, MM. Escat, Roy, Destarac, Durand, Rispal et Chamagou ; — *Internes provisoires*, MM. Larrieu, Estrade et Rambert.

ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE. — La première assemblée générale de cette association, approuvée par arrêté ministériel du 7 décembre 1886 et dont le siège social est 8, boulevard St-Denis, aura lieu le dimanche 22 janvier, à deux heures, dans l'Amphithéâtre de la Faculté de médecine.

L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES continue la série des conférences instituées primitivement par l'*Association scientifique* avec laquelle elle est fusionnée. Ces conférences auront lieu cette année dans le grand amphithéâtre de l'Hotel des Sociétés savantes, au coin de la rue Serpente et de la rue des Poitevins, le samedi à huit heures et demie du soir, du 21 janvier au 17 mars.

Pour la délivrance des cartes d'entrée, s'adresser au Secrétariat de l'Association française, Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, tous les jours, de 9 heures à 5 heures. Des places seront assurées dans l'enceinte réservée aux membres de l'Association qui en feront la demande et aux personnes qui souscriront un abonnement de 5 francs pour la série des conférences de l'année. — *Programme des conférences.* Professeur Verneuil : *Nature et origine du tétanos.* — M. M. Albert : *Une nouvelle collection du Musée du Louvre; les statuettes de Myrina.* — M. de Lacaze-Duthiers : *Le Monde de la mer et ses laboratoires.*— M. Napoli : *La Téléphonie; la Téléphonie à grande distance.* — M. G. Berger : *L'Exposition universelle de 1889.* — M. le Dr Raphaël Blanchard : *Les Ennemis de l'espèce humaine* ; *Une page d'hygiène alimentaire.* — M. G. Rolland : *L'Oued Rir' et la colonisation Française au Sahara.* — M. Eiffel : *Les grandes constructions métalliques.* — M. Daymard : *Les Progrès récents de la navigation à vapeur.*

BAL DES ETUDIANTS A MARSEILLE. — Les étudiants en médecine de Marseille, dit le *Petit provençal*, donneront le 28 janvier, sous le patronage de l'Administration des hospices civils, un bal au profit des malades des hôpitaux.

CONGRÈS DE GYNÉCOLOGIE. — Un Congrès s'ouvrira à Madrid, sous les auspices de la *Société gynécologique Espagnole*, au mois

d'avril prochain. Il comprendra trois sections : Obstétrique, Gynécologie et maladies des enfants.

Médecins des bureaux de bienfaisance. *Lyon.* — Le concours pour trois places de médecin du bureau de bienfaisance de Lyon vient de se terminer par la nomination de MM. Charmeil, Meurer et Raymond.

Médecins des épidémies. — M. le Dr Boquin est nommé médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Autun.

Société française de tempérance. — Le bureau de la Société française de tempérance, pour l'année 1888, est ainsi constitué : Président : M. le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine. — Vice-Présidents : MM. le Sénateur Claude ; le Dr Walther, inspecteur général de la marine, en retraite ; le Dr Vidal, membre de l'Académie de médecine ; de Nervaux, ancien directeur de l'Assistance publique. — Secrétaire général : M. le Dr A. Motet. — Secrétaires généraux-adjoints : MM. les Drs Bouchereau et Decaisne. — Secrétaires des séances : MM. les Drs Audigé et Charpentier. — Trésorier : M. Jules Robyns. — Bibliothécaire-archiviste : M. le Dr Philbert.

Nécrologie. — M. le Dr Savornin (de Paris).

Enseignement de l'homoeopathie. — Les médecins de l'hôpital Saint-Jacques feront un cours *gratuit* de clinique thérapeutique à l'hôpital Saint-Jacques, 227, rue de Vaugirard, tous les dimanches, à 9 heures du matin, et un cours de matière médicale, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 heures 1/2 du soir, 15, rue des Grands-Augustins.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Onimus (E.) et Legros (Ch.). — Traité d'électricité médicale. Recherches physiologiques et cliniques. — Deuxième édition, revue et augmentée. Volume in-8° de 1088 pages, avec 275 pages. — Prix : 17 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Merley (V.). — De l'albuminurie intermittente cyclique ou maladie de Pavy. Volume in-8 de 120 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Trousseau. — Des complications oculaires de la rougeole et de leur traitement. Brochure in-8 de 4 pages. — Paris, 1887. — *Journal de médecine de Paris.*

Dana (C.-L.). — Progressive spastic ataxia (combined fascicular sclerosis) and the combined Scleroses of the spinal cord. Brochure in-4 de 11 pages, avec 49 figures. — New-York, 1887. — Trow's printing and bookbinding Cy.

Glasgow (W.-C.). — The Etiology and Mechanism of Asthma. Brochure in-8 de 12 pages. — Philadelphia, 1887. — Lea brothers and C°.

Donald Macalister. — The Nature of fever. Being the Gulstonian lectures delivered as the Royal college of physicians of London. — Brochure in-8 de 46 pages, avec figures. — London, 1887. — Macmillan and C°.

Marvin (J.-B.). — Renal colic, Parasitic and calculus, a criticism. Brochure in-8 de 28 pages, avec figures. — Louisville, 1887. — Bradley and Gilbert.

Seguin (E.-C.). — A third contribution to the study of Localized cerebral Lesions. Brochure in-8 de 10 pages. — New-York, 1887. — J. H. Vail.

Spicer (S.). — Forms for systematically recording observations and results of treatment in affections of the Throat and Nose, including adjacent Associated Areas. Brochure in-8° de 4 pages. — London, 1887. — H. K. Lewis.

Transactions of the obstetrical Society of London. — Vient de paraître du volume XXIX, pour 1887, les mois de mars, avril, mai, juin et juillet. — Deux fascicules. — London, 1887. — Published by the Society.

Marina (A.-R.). — Reazioni dei nervie dei muscoli alle eccitazioni electriche in donna che, per ripetute ipnosi, presentava fenomeni ipnotici in istato si veglia. Brochure in-8 de 22 pages. — Reggio Nell'Emilia, 1887. — Tipographia Calderini e Figlio.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Bataille (Ch.). — Traumatisme et névropathie. Volume in-8° de 212 pages. — Prix : 4 fr.

Baumel (L.). — Maladies de l'appareil digestif. Volume in-8° de 410 pages, avec 10 figures et une planche hors texte. — Prix : 9 fr.

Bourgoin (A.-E.). — Traité de pharmacie galénique (deuxième édition). Volume in-8° de 851 pages, avec 91 figures. — Prix : 14 fr. — Cartonné : 15 fr.

Durey-Comte (P.). — Contribution à l'étude du rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire. Volume in-8° de 127 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Ewald (C.-A.). — Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion. — Traduit sur la deuxième édition par MM. Dagonet (J.) et Schuman-Leclercq, précédé d'une préface par M. le Dr Quinquaud. — 1er fascicule : Physiologie de la digestion. Brochure in-8° de 245 pages. — Prix : 5 fr.

Labadie-Lagrave (P.). — Urologie clinique et maladies des reins. Volume in-8° de 1.178 pages, avec 43 figures et 2 planches en chromolithographie. — Prix : 18 fr.

Letourneau (Ch.). — L'évolution du mariage et de la famille. Volume in-8° de 467 pages. — Prix : 7 fr. 50.

Mavrikos (P.). — Contribution à l'étude de l'érysipèle chez le nouveau-né. Brochure in-8° de 63 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Muller (P.). — De la toux utérine. Brochure in-8° de 88 pages. Prix : 2 fr. 50.

Panel (G.). — D'un moyen pratique de photographier le fond de l'œil. Brochure in-8° de 35 pages, avec une planche. — Prix : 2 fr.

Reliquet. — Rétrécissements péniens compliqués de coupérites supprimées. — Uréthrotomie interne. Brochure in-8° de 13 pages. — Prix : 50 c.

Véroudart (A.). — Des limites de la conservation après les traumatismes de la main. Volume in-8° de 116 pages. — Prix : 4 fr.

Vinson (J.). — Les religions actuelles, leurs doctrines, leur évolution, leur histoire. — Peuples sans religion. — Fétichisme. — Brahmanisme. — Bouddhisme. — Parisme. — Judaïsme. — Mahométisme. — Christianisme. — Sectes extravagantes. Volume in-8° de 624 pages. — Prix : 9 fr.

Ygouf (A.). — De la rage paralytique. Volume in-8° de 91 pages. — Prix : 3 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain.

Carlet (G.). — Précis de zoologie médicale. Volume in-12, cartonné, de 636 pages, avec 512 figures.

Duboué. — Des progrès accomplis sur la question de la rage et de la part qui en revient à la théorie nerveuse. Brochure in-8° de 66 pages.

Servier. — Le Val-de-Grâce. — Histoire du monastère et de l'hôpital militaire. Volume in-8° de 124 pages.

Bourneville and Bricon. — Manual of hypodermic medication. Translated from the second edition, with additions by Currie (A.-S.). Volume in-8° cartonné de 304 pages, avec 17 figures. London, 1887. — H. K. Lewis.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Metaxas-Zani. — Des anaplasties secondaires. Cure en deux temps (Exérse-anaplastie), de certaines tumeurs de la face. Volume in-8° de 1091 pages.

Benedikt (M.) Weber die Prognose und Therapie der Tabes. Offenir Brief an Herm Docteur J. Babinski in Paris. Brochure in-8° de 8 pages. — Wien, 1887.

Benedickt (M.) — Weber mathematische Morphologie und über Biomechunek. Brochure in-4° de 8 pages. — Wien, 1887.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — M. Charcot a repris le 10 janvier ses leçons du mardi et recommencera ses leçons du vendredi, le 20 janvier.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies mentales :* M. Charpentier, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants :* M. Bourneville, le samedi à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N 3. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 21 JANVIER 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. P. BUDIN**, professeur agrégé.

Des hémorrhagies internes de l'utérus gravide;

(Fin).

Leçon recueillie par E. BONNAIRE (1).

L'hémorrhagie interne de l'utérus gravide, quelle qu'en soit la cause, consiste dans l'épanchement collecté d'une quantité variable de sang entre le placenta ou les membranes de l'œuf d'une part et la paroi utérine d'autre part. Si le placenta est inséré au fond de l'utérus, il peut arriver que sa surface centrale soit seule décollée; son bord circulaire restant adhérent, le sang se trouve accumulé dans une sorte de coupe ou de calotte. Il forme là un caillot qu'on a vu peser jusqu'à 1200 grammes et plus.

D'autres fois une portion plus ou moins étendue des membranes participe au décollement du placenta et contribue avec celui-ci à former les parois profondes du foyer. Tant que l'œuf demeure adhérent à l'utérus au-dessous de la collection sanguine, l'hémorrhagie reste une hémorrhagie interne.

Le plus souvent, il arrive que le sang fuse entre la paroi utérine et l'œuf et se fraie un passage jusqu'au col. Avec l'hémorrhagie interne coïncide alors l'hémorrhagie externe; en un mot, il y a une hémorrhagie mixte.

Il faut bien distinguer ces faits où l'hémorrhagie gravidique ne devient que secondairement externe, de ceux dans lesquels l'écoulement de sang au dehors tient au décollement du placenta inséré au voisinage immédiat de l'orifice interne du col; il n'y a pas alors d'hémorrhagie interne proprement dite. Il en est de même lorsque, inséré en lieu normal, le placenta se décolle ainsi que tout le segment des membranes qui le sépare de l'orifice utérin. Le sang coule directement au dehors sans se collecter à l'intérieur de l'utérus.

Les faits d'hémorrhagie interne, bien que rares, avaient déjà été décrits par les anciens auteurs; cependant leur existence a été niée. Mme Boivin, en 1818, dans une note ajoutée à la traduction du Traité sur les hémorrhagies de Duncan Stewart (p. 274) dit : « Mais l'hémorrhagie interne, avant la sortie du fœtus, ne peut être assez considérable pour détruire entièrement les secondines; elle ne saurait être assez abondante dans ce cas pour occasionner la mort de la femme; il est même impossible que la perte ait lieu à un degré considérable sans qu'elle se manifeste au dehors, parce que si peu ouvert que soit l'orifice il l'est toujours assez pour permettre l'écoulement du sang. »

Mme Lachapelle (Pratique des accouchements. T. II, p. 352-353) partage cette opinion. « D'après cela, on doit bien penser que je ne puis admettre la possibilité d'une hémorrhagie interne pendant la grossesse et d'une accumulation de sang entre le placenta et l'utérus. Des faits de ce genre que les auteurs ont rapportés ne sont point concluants à mon avis, et la théorie du caillot lenticulaire, qui décolle peu à peu le placenta du centre à la circonférence, est évidemment de pure spéculation. Je ne puis croire que la matrice soit assez extensible pour se laisser amplifier aussi brusquement qu'on dit l'avoir vu, et moi-même je n'ai observé absolument aucun cas analogue. »

Velpeau (Accouchements, 1835, t. II, p. 88) admet d'abord les idées de Mme Lachapelle, non toutefois sans y apporter ensuite quelques restrictions. Parlant du sang il dit : « S'il reste entre le placenta et la matrice, il ne peut que par une exception rare s'y accumuler en assez grande quantité pour former une hémorrhagie dangereuse. Alors la perte ne se distinguerait de l'hémorrhagie externe que par l'absence du sang à l'extérieur ou par le développement anormal de la matrice et de l'abdomen. »

A côté de ces dénégations, on trouve cependant dans les auteurs des faits qui semblent indiscutables. Baudelocque en réunit quelques-uns dans son Traité. Gendrin, Jacquemier en publient également. En 1860, Braxton Hicks en collige 23 cas, et dans un travail d'ensemble, paru en 1870, Goodell en rapporte 106. Je vous signalerai enfin les publications sur ce sujet de Pilat (1874) et de Brunton (1875) et je pourrais y joindre un certain nombre d'observations éparses dans la littérature. On ne saurait donc aujourd'hui contester l'existence de ces hémorrhagies internes; le fait que nous venons d'observer à la Clinique en est une nouvelle preuve.

On a invoqué comme causes : le traumatisme, les efforts tels que ceux qui accompagnent la défécation et qui sont d'autant plus actifs qu'ils déterminent un excès de tension dans les vaisseaux de l'abdomen, les émotions vives dont le retentissement sur les nerfs de l'utérus amène des contractions brusques qui ont pour effet de décoller le placenta, les maladies de ce dernier organe et enfin les troubles de l'état général qui altèrent la plasticité du sang maternel. Ainsi agirait l'albuminurie dont je vous ai parlé. Pour être complet, je ne ferai que vous citer la possibilité d'une hémorrhagie interne collectée entre les membranes des deux œufs dans la grossesse gémellaire, j'en ai publié une observation en 1884 et mon collègue Maygrier a eu l'occasion de m'en montrer un nouvel exemple cette année.

Il faut convenir que, dans nombre de cas, le diagnostic de l'hémorrhagie interne pendant la grossesse présente de grandes difficultés. S'il est des faits qui attirent d'emblée l'attention par la gravité du complexus symptomatique, plus nombreux sont ceux où, comme vous avez pu le voir, on n'a d'autres éléments de diagnostic que les modifications de volume et de forme de l'utérus, modifications qui ne sont pas toujours aisées à apprécier.

Quand l'épanchement est très considérable, on observe dans l'état général de la femme les symptômes alarmants de toute hémorrhagie interne, quel qu'en soit le siège : le visage pâlit, la peau est froide, visqueuse,

1) Voir *Progrès médical*, n° 2, 1887.

couverte de sueur; des pandiculations, des lypothymies, parfois de véritables syncopes se produisent; il survient des palpitations, le pouls est fréquent, filiforme; la malade plongée dans un état d'anxiété extrême a peine à respirer et s'agite en tous sens. Ces troubles généraux s'accompagnent parfois d'une douleur subite très vive, localisée à l'utérus ou s'irradiant vers les lombes et les cuisses. Cette douleur peut offrir des exacerbations périodiques et revêtir alors une acuité qui lui a fait donner, par les auteurs anglais, l'épithète imagée et expressive « d'excruciante. » L'examen de l'utérus indique en ces cas une augmentation énorme de volume qui rappelle celle que l'on constate dans l'hydramnios ou la grossesse multiple. Il se peut qu'avec une grossesse de quelques mois l'utérus atteigne rapidement les dimensions qu'il offre d'habitude au terme de la gestation; dans un fait de ce genre, Chevallier se guidant sur le volume de la matrice, pratiqua l'opération césarienne *post mortem* et ne trouva qu'un embryon de trois mois perdu au milieu d'une masse considérable de caillots. L'augmentation brusque des dimensions de la matrice est donc un signe caractéristique de l'hémorrhagie purement interne.

Mais à ce symptôme s'en ajoute parfois un autre, lorsque secondairement il se produit un écoulement au dehors des voies génitales. Il peut arriver que le caillot englobé entre le placenta et la paroi utérine, dans la cupule dont je vous ai parlé, se trouve exprimé par les contractions du muscle; on voit alors s'écouler de la vulve un liquide citrin ou de teinte rougeâtre, qui en impose presque fatalement pour du liquide amniotique et qui n'est autre chose que du sérum sanguin.

Le plus habituellement, c'est du sang pur qui s'échappe à la suite du décollement progressif des membranes.

L'irritation de l'enveloppe musculaire utérine se traduit par la déclaration prématurée du travail, mais il s'en faut que la marche des contractions soit régulière; si la distension est portée à l'extrême, bien que les douleurs intermittentes soient vives, le changement de forme de l'utérus qui indique les contractions peut ne pas être appréciable ou du moins rester très faible. En portant la main sur l'organe, on ne perçoit, en général, rien de particulier; cependant les anciens auteurs indiquaient comme pathognomonique la sensation d'une sorte de gâteau mollasse en un point de la surface de l'utérus.

Mais je viens de vous parler là de faits dont la gravité est extrême. Heureusement ils sont très rares. Plus souvent il arrive, comme dans notre cas, que rien d'anormal dans l'état général de la femme et rien d'apparent dans les modifications de l'utérus ne vient mettre sur la voie du diagnostic. L'hémorrhagie interne n'est reconnue qu'après l'issue du fœtus, alors qu'il s'échappe des voies génitales une quantité variable de sang et de caillots anciens.

Entre ces faits et ceux que je vous ai décrits en premier lieu, on peut observer une série d'intermédiaires qui s'accompagnent de perturbations locales et générales dont l'intensité varie avec l'abondance de l'épanchement et aussi avec la réaction des sujets.

Dans les cas qui fixent l'attention par leur gravité, on pourrait, en n'envisageant que les troubles généraux, méconnaître la cause de l'état syncopal et ne point penser à une hémorrhagie de l'utérus gravide. Il faut donc rechercher avec soin les modifications locales qui se sont produites du côté de la matrice.

Si, au contraire, on ne tenait compte que des manifestations locales, il serait facile de confondre la distension de l'utérus gravide par hémorrhagie interne avec une hydramnios ou une grossesse gémellaire ; l'accroissement brusque de l'utérus, l'apparition subite des accidents locaux et généraux permettront d'éviter cette erreur.

La rupture d'un kyste fœtal et la déchirure de l'utérus gravide peuvent s'accompagner des mêmes symptômes généraux et locaux que l'hémorrhagie interne gravidique. Mais on se rappellera que dans la grossesse extra-utérine, la complication que nous venons de citer est surtout un accident des premiers mois de la gestation ; d'ailleurs, l'examen direct permettra, en ce cas, de reconnaître la vacuité et l'intégrité de la matrice.

La rupture utérine se produit le plus souvent pendant le travail et après l'écoulement du liquide amniotique, tandis que l'hémorrhagie interne survient avant ce moment. Pourtant, dans les faits exceptionnels où la matrice se déchire pendant la grossesse même, une palpation attentive permet de reconnaître l'absence de distension de l'organe ; elle permet aussi, lorsque la déchirure est étendue, de constater le changement de forme de l'utérus et parfois le passage du fœtus dans le péritoine.

Généralement quand, à la fin de la grossesse, on voit survenir une hémorrhagie, alors surtout qu'il n'y a pas de traumatisme préalable, on a grande tendance à penser à une insertion vicieuse du placenta. L'erreur est, en effet, facile et ne peut être évitée que par la constatation des signes propres au placenta prævia : le caractère indolore des hémorrhagies, leur répétition, les modifications du segment inférieur perceptibles au toucher, etc.

Si la complication a été méconnue avant l'accouchement, on pourra, du moins, en faire le diagnostic rétrospectif : par l'examen de la quantité et surtout de la qualité du sang qui s'écoule au moment de la délivrance; par la forme du placenta, recouvert de caillots anciens, et qui peut être creusé en coupe; par les traces que le contact prolongé du sang coagulé a laissées à la surface des membranes.

L'hémorrhagie interne de la grossesse est grave pour la mère et le fœtus; pour la mère, si elle est symptomatique d'une altération de l'état général et parce qu'elle peut, soit déterminer une anémie aigue, soit prédisposer aux complications puerpérales. Sur 106 femmes, Goodell a compté 54 cas de mort, c'est-à-dire plus de 50 0/0. Ce chiffre est élevé, mais il ne faut pas oublier que ce sont surtout les cas graves qui sont jugés dignes d'être publiés. Le pronostic est assurément moins inquiétant en réalité. Sur les 107 enfants (il y avait eu un accouchement gémellaire), 6 seulement ont vécu, ce qui nous indique une mortalité de près de 95 0/0.

En présence d'un semblable pronostic, nous ne pouvons que déplorer l'incertitude et l'inefficacité fréquente des moyens de traitement. La conduite à tenir a été beaucoup discutée autrefois, et il faut avouer qu'à l'heure actuelle elle semble encore indécise sur quelques points.

Les hémorrhagies internes de l'utérus gravide ont été classées en deux catégories, selon que les complications surviennent pendant ou avant le travail.

1° Si la femme est en travail et si elle est en danger, il faut terminer l'accouchement le plus rapidement possible (forceps, dilatation progressive). Tout le monde est d'accord sur ce point.

2° Si la femme n'est pas en travail, Baudelocque con-

seille, lorsque la vie est menacée, de rompre les membranes et de faire l'accouchement forcé. Goodell, Schrœder et Barnes sont du même avis; ce dernier déclare que la rupture artificielle des membranes doit avoir pour heureux effet de permettre à l'utérus de se contracter, l'état de distension exagérée qui le rendait inerte ayant cessé. Il préconise en outre l'emploi de ses sacs dilatateurs.

L'opinion contraire a été soutenue notamment par Spiegelberg et par Winter. Il faut se garder, disent ces auteurs, de rompre les membranes; on doit espérer que l'excès de tension de l'utérus finira par assurer l'hémostase; d'ailleurs, favoriser l'écoulement du liquide amniotique, c'est faire en quelque sorte un nouvel appel à l'hémorrhagie *ex vacuo*. Ils insistent sur les funestes résultats de l'accouchement forcé et le rejettent absolument.

J'avoue mon embarras en présence de ces dissidences et le défaut d'un nombre suffisant d'observations personnelles m'oblige à rester sur la réserve. Je pense cependant que l'expectation est la meilleure conduite à tenir avant tout début de travail, tant que la vie de la femme ne semble pas compromise; dans le cas contraire, je me résoudrais peut être à pratiquer l'accouchement forcé, quoique je sache combien les effets en sont parfois fâcheux.

C'est de l'observation des faits à venir que dépend la solution de cette question.

GYNÉCOLOGIE

De l'antisepsie en gynécologie *fin*) (1)

Par le Dr S. POZZI, agrégé, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal.

Je ne veux pas quitter ce sujet de l'antisepsie des organes génitaux externes du vagin et du col utérin sans dire un mot d'un procédé qui est à la fois un adjuvant opératoire et un moyen de désinfection: je veux parler de l'*irrigation continue*. On peut la pratiquer soit au moyen d'un spéculum spécial, soit, plus simplement, à l'aide d'une longue canule que l'un des aides tient à pleine main en prenant un point d'appui sur le pubis, en même temps qu'il tient dans la même main un autre instrument (le plus souvent une pince fixatrice). Le liquide que j'emploie pour l'irrigation continue est l'eau phéniquée à 1/1000, d'une température de 35 à 40 degrés. Le mince filet d'eau qui coule incessamment sur le champ opératoire et dont on active ou modère le débit, a un double avantage: il chasse incessamment le sang et dispense des éponges ou de leurs similaires; de plus, il maintient la plaie baignée dans un liquide antiseptique et la protège mieux encore que le *spray* contre les germes de l'air. L'emploi de l'irrigation continue est de règle pour moi dans toutes les opérations que je pratique sur la vulve, le vagin, le col de l'utérus. Je ne saurais trop la recommander à mes collègues qui, si je ne me trompe, ne l'utilisent guère encore.

II

J'arrive aux précautions antiseptiques spéciales que comporte la laparotomie.

Une grave question préjudicielle se pose: Comment se fait-il que des opérateurs de haute valeur, Lawson-Tait, Keith, Bantock par exemple, repoussent l'antisepsie comme inutile et même dangereuse, et qu'ils obtiennent malgré ce dédain de magnifiques résultats ? (1) Cela n'infirme-t-il pas péremptoirement l'utilité des précautions minutieuses que nous allons recommander ?

La contradiction est moindre en réalité qu'en apparence, et pour s'en convaincre il suffit de suivre dans ses détails la pratique des opérateurs que j'ai cités. On verra que s'il ne sont pas *antiseptiques*, ils sont, le plus possible, et à un très haut degré, *aseptiques*. Toutes les mesures de la propreté la plus extrême sont observées; de plus, l'usage très large du cautère actuel pour toucher les surfaces cruentées du pédicule, sectionner les adhérences, etc., équivaut à celui d'un *antiseptique* puissant pour la destruction des germes et la modification des milieux de culture; le mot seul n'est pas employé.

Cela dit, entrons rapidement dans notre sujet.

A. OPÉRATEUR ET AIDES doivent être d'une propreté parfaite. Aucun des assistants à l'opération ne doit, depuis quarante-huit heures au moins, être entré dans une salle de dissection ou de nécropsie, avoir touché des pièces anatomiques ou une plaie septique. Dans le cas contraire, on aura dû prendre un bain de sublimé ou de vapeur, suivi de frictions énergiques et de savonnage de tout le corps.

Un long vêtement de toile, absolument propre, devra recouvrir les habits. Les mains et les bras seront désinfectés, comme il a été dit ci-dessus. On doit prendre garde à ne toucher aucun objet (non désinfecté), à ne serrer la main de personne aussitôt après les ablutions. Au besoin, on mettrait des gants stérilisés à l'étuve pour protéger les mains purifiées, jusqu'au moment d'opérer.

B. LA MALADE a pris la veille un bain de sublimé ou savonneux. Depuis plusieurs jours, elle a eu, matin et soir, une injection vaginale de sublimé à 1/2.000, et un tampon de gaze iodoformée a été, aussitôt après, placé dans le vagin. L'intestin a été vidé la veille au soir ou le matin même par un grand lavement. Un aide pratique le cathétérisme et se désinfecte aussitôt après. Les poils sont rasés. L'abdomen est lavé au savon avec une brosse, puis à l'éther, et, en dernier lieu, au sublimé 1/1000. On prend un soin spécial dans le nettoyage des replis cutanés de l'ombilic. On recouvre l'abdomen de compresses imbibées de solution sublimée pendant le temps, quelque court qu'il soit, qui s'écoule entre le nettoyage et l'opération.

C. LE MILIEU. A l'hôpital, une salle spéciale sera réservée aux laparotomies. Elle sera éloignée le plus possible, de la salle commune où existent des plaies suppurantes ou septiques, des water-closets et généralement de toutes les sources d'infection. Les murs, le plafond, le sol seront imperméables et faciles à laver à grande eau. Les angles seront arrondis; il n'y aura pas de recoins ou de surfaces difficilement accessibles au nettoyage complet et rapide. Tous les meubles pourront y être facilement déplacés; le mobilier (sièges, tables, étagères), sera exclusivement construit en métal émaillé ou verni et en verre.

Après chaque opération, un lavage général de la salle sera fait avec une lance adaptée à une pompe ou à un robinet amenant l'eau à une pression suffisante pour pouvoir être projetée sur les points les plus reculés. Si l'on n'opère pas à l'hôpital, on aura dû, depuis deux jours au moins, préparer une chambre pour la

(1) Voir *Progrès médical*, n° 1, 1887.

(1) LAWSON TAIT. *British medical journal*, 15 avril et 28 octobre 1882. — *The Pathology and Treatment of diseases of the ovarias*, 4e édit., Birmingham 1883, p. 268 et suiv. — BANTOCK. *Medico-chirurgical Transactions*, vol. LXIV.

laparotomie projetée. Elle aura été dégarnie de tous ses meubles ; si on n'a pu faire blanchir ses murs à la chaux, on les nettoiera exactement, ainsi que le plancher, le plafond et les boiseries, en y promenant des éponges imbibées d'une solution phénique à 50/1.000. Pour peu que la maison soit vieille ou la chambre *suspecte*, on ajoutera à ce nettoyage une désinfection à l'acide sulfureux, en jetant du soufre sur un réchaud allumé au milieu de la pièce avant de la quitter et de la clore hermétiquement durant une journée.

La température devra être élevée pendant toute la durée de l'opération, de manière à éviter le refroidissement de la malade *intus et extra*. Une température de 25° au moins et de 30° au plus est nécessaire. Pour que la chaleur ne soit pas sèche, — ce qui aurait les plus grands dangers pour les viscères exposés, — on aura soin de saturer l'atmosphère de vapeur d'eau phéniquée à l'aide d'un pulvérisateur à vapeur. Ce *spray* ne sera pas dirigé sur le champ opératoire, comme on le fesait aux premiers jours de l'antisepsie listérienne, et comme quelques ovariotomistes s'obstinent encore à le faire. Le jet de vapeur sera dirigé vers le milieu de la salle et un peu de bas en haut. L'effet unique qu'on doit chercher est la saturation de l'atmosphère. Dès qu'il est obtenu, on interrompt la pulvérisation pour ne la reprendre que si besoin en est quand l'opération se prolonge. Constamment dirigé sur la malade, le *spray* est plus nuisible encore qu'utile ; il la refroidit et irrite outre mesure le péritoine (1), sans parler des dangers d'intoxication.

D. Instruments. Les instruments auront été exactement nettoyés et plongés dans l'eau bouillante durant cinq à dix minutes après la précédente opération. Le jour de la laparotomie, ils seront placés, durant une demi-heure, dans une étuve maintenue de 110 à 120 degrés, puis immergés dans la solution phéniquée à 50/1.000.

(Les instruments tranchants soumis à ces pratiques se détériorent vite et ont besoin d'être fréquemment aiguisés).

Je recommande à l'opérateur de ne se servir jamais que de ses propres instruments, et pas d'instruments d'emprunt. On ne peut être sûr que des premiers au point de vue antiseptique. Or, mieux vaut un bistouri désinfecté qui coupe mal qu'un excellent bistouri susceptible de contaminer l'opérée.

J'ai renoncé aux éponges pour la même raison. Il n'est pas toujours facile d'obtenir des éponges neuves parfaitement purifiées, et cela se conçoit si on se rappelle le nombre des préparations qu'elles doivent avoir subies avant de mériter cette qualification (2). Des éponges qui ont déjà servi demandent une purification encore plus méticuleuse et offrent encore moins de garanties, vu la nature septique des liquides dont elles ont pu être souillées. Ces objets sont donc à la fois infidèles et dispendieux. Cette dernière considération, qu'on s'étonnera peut-être de trouver mentionnée ne doit pas être, me semble-t-il, indifférente à l'hôpital. Enfin il est fréquent de n'avoir à sa disposition (surtout loin des grands centres) que des éponges ou trop dures ou trop faciles à déchirer, d'un volume ou d'une forme incommode et peu maniable. Pour ces raisons, j'ai depuis longtemps déjà renoncé à leur emploi. Ayant été témoin, dans le service de Billroth, à Vienne, des avantages qu'offrent, dans les laparotomies, les *compresses-éponges antiseptiques*, j'en ai adopté l'usage exclusif. Voici comment on les prépare :

On plie en plusieurs doubles un morceau de gaze de manière à former des carrés de 30 centim. de côté et composés de huit épaisseurs de gaze. On ourle exactement à grands points ces compresses sur tous leurs bords. Puis les compresses sont cuites pendant deux heures au moins soit dans la solution phéniquée à 50/1000, soit dans le sublimé à 1/1000. Ensuite on les conserve dans une solution fraîche au même titre, qu'on doit renouveler toutes les semaines. Au moment de s'en servir, on lave rapidement ces compresses dans l'eau chaude stérilisée par le filtre ou l'ébullition et coupée par moitié de la solution sublimée et on les exprime fortement. Elles constituent alors un agent absorbant très puissant et très commode, auquel on peut rapidement donner toutes les formes et toutes les dimensions, dont on peut coiffer le doigt pour pénétrer dans les cavités et les interstices, qu'on étale sur les intestins, en un mot offrant des avantages bien supérieurs à ceux des éponges. Pendant une opération la même compresse peut servir plusieurs fois après avoir été lavée Celles qui ont été souillées de liquides septiques sont seules définitivement jetées. Après chaque opération, toutes sont détruites. Leur prix de revient insignifiant légitime ce sacrifice qu'on fait parfois trop difficilement pour les éponges (1).

Quant aux procédés antiseptiques qui font partie de l'opération elle-même je serai très bref, et me bornerai à une simple énumération, me réservant d'y revenir à propos de chaque opération en particulier. Je noterai seulement ici comme faisant logiquement partie de ce chapitre :

a) Les grands lavages péritonéaux à l'eau chaude stérilisée (à laquelle j'ajoute 6/1000 de chlorure de sodium). Ils ont été préconisés d'abord par Lawson-Trait et sont surtout employés dans les cas où un liquide irritant ou infectant a pu contaminer la séreuse durant l'opération, mais il ne faut pas en abuser pour le nettoyage du sang qui se fait très bien avec les compresses-éponges. S'il est du reste grave de laisser dans la cavité péritonéale la moindre goutte de pus ou la moindre parcelle septique, il n'en est pas de même de petit caillots qui sont facilement résorbés. Les lavages à l'eau chaude ont une autre indication que je me borne à indiquer en passant ; ils ont été préconisés pour combattre la dépression excessive des opérées, le *shock*.

b) L'attouchement des surfaces sectionnées, pédicules, adhérences, avec un antiseptique comme la solution phéniquée forte, la teinture d'iode, la poudre d'iodoforme, ou avec le cautère actuel. Cette dernière manœuvre, inaugurée par Baker-Brown, est très répandue en Angleterre et en Allemagne, tandis qu'elle est presque inconnue dans notre pays. Je l'emploie pour ma part très fréquemment, toutes les fois que la surface de sec-

(1) Hegar et Kaltenbach. *Die operative Gynœkologie* 1881, p. 192 et suiv. — Breisky. *Allg. Wiener med. Zeitung*, 1882, n° 28. — Daniels. *Buffalo med. and Surg. Journal*, 1882, juin, p. 512. — Vincent. *Revue de Chirurgie*, 1881, p. 516.

(2) Terrier. *Préparation des éponges pour les opérations intéressant l'abdomen. In Bull. de la Société de chirurgie de Paris*, 1886, p. 92.

(1) Il y a plus de huit mois que, le premier à Paris, je me suis servi exclusivement dans mon service pour les laparotomies de ces *compresses-éponges*, dont j'ai spécifié les avantages dans une communication faite à la Société de chirurgie le 19 octobre 1887, (Cf. *Bull. de la Soc. de Chir.*, t. XIII, p. 576). Je suis heureux de voir qu'à mon exemple mon excellent collègue Terrillon vient à son tour de les accepter tout récemment. Je suis assuré qu'après quelques résistances momentanées leur emploi deviendra général.

tion est suspecte (comme dans certaines salpingotomies) ou même seulement épaisse et *succulente*. Je ne parle, bien entendu, ici, de la cautérisation que comme antiseptique qu'il importe de distinguer de son pouvoir hémostatique, si précieux dans les hémorrhagies en nappe. Le thermo-cautère Paquelin a remplacé pour nous le fer rouge de Baker-Brown.

III.

Je ne saurais terminer ce qui a trait à l'antisepsie en gynécologie sans indiquer, en manière d'appendice, le mode de préparation et de conservation des principales espèces de fils qui servent soit à la ligature, soit à la suture.

Soie. — La soie la plus tenace sous un petit volume est la soie tressée plate. On l'enroule sur de petites plaques de verre, puis on la cuit pendant une heure dans une solution phéniquée à 50/1000. On la met ensuite dans une solution fraîche au même titre, qui doit être renouvelée tous les huit jours. Du reste, il ne faut pas préparer une trop grande provision de soie d'avance, parce qu'elle devient assez vite cassante après la cuisson. Hégar prépare sa soie à l'iodoforme. Il l'immerge durant 24 heures dans de l'éther iodoformé (20 gr. d'iodoforme pour 200 gr. d'éther), puis la dessèche et la conserve dans une boîte de verre où elle est enroulée sur des bobines et saupoudrée d'iodoforme. On peut aussi rendre la soie antiseptique en la faisant bouillir dans la solution de sublimé au millième. Pour ma part, je préfère la soie phéniquée qui expose moins aux intoxications lorsqu'on est obligé de faire de nombreuses sutures et surtout d'en abandonner une grande quantité dans le ventre. Certaines malades affaiblies sont, en effet, d'une susceptibilité extrême à l'égard du sublimé.

Catgut. — Le mode de préparation qui me paraît donner les meilleurs résultats est la préparation à l'essence de bois de genevrier (*oleum ligni juniperi*), qu'il ne faut pas confondre avec l'huile de baies de genevrier. Après trois heures d'immersion dans la solution aqueuse de sublimé à 1/1000, je plonge les rouleaux de catgut dans l'*oleum juniperi*, durant au moins huit jours; ils sont ensuite retirés et conservés dans l'alcool rectifié. Au moment de s'en servir, on place durant quelques instants le catgut dans la solution aqueuse de sublimé au millième, ce qui le gonfle légèrement, mais lui donne une souplesse bien plus grande.

Martin emploie un procédé un peu différent : enroulement du catgut sur des plaques de verre, immersion dans la solution de sublimé au millième durant six heures ; le catgut est ensuite retiré, séché en le pressant dans une serviette, et placé dans un mélange de deux parties d'alcool et d'une partie d'*oleum juniperi*. On peut l'employer après un délai de six jours. Durant l'opération, la quantité qui doit vraisemblablement être employée est tenue dans un bassin plein d'une solution antiseptique quelconque.

Les avantages du *catgut du genièvre* sont considérables; il est très supérieur à celui qu'on emploie plus communément et qui est désinfecté par l'huile phéniquée. La ténacité et sa flexibilité sont remarquables; il peut servir aux sutures perdues, car il se dissout et se résorbe au bout d'un temps proportionnel à sa grosseur et dont chaque opérateur doit se rendre un compte exact par des essais attentifs. C'est grâce à cet ensemble de qualités que les sutures continues au surjet et à étages superposés ont pu être tentés avec un si grand succès et donner de si beaux résultats entre les mains de Schrœder (1) d'abord, puis de Martin (2).

Fils d'argent. — Ils peuvent être conservés dans l'alcool rectifié après avoir été chauffés à 110° dans l'étuve.

Cordons et tubes pour la ligature élastique, tubes à drainage. — Il ne suffit pas, pour être assuré de leur désinfection, de les conserver dans de l'eau phéniquée forte ou la solution de sublimé contenue dans des bocaux bien bouchés à l'émeri, ainsi que cela se pratique habituellement. En effet, cette solution, suffisante sans doute contre les germes, ne détruit pas les spores. On ne peut ici songer à l'usage de l'étuve à 110° qui ferait fondre le caoutchouc. Force est donc de recourir à un moyen détourné: provoquer la germination des spores pour les détruire ensuite. C'est ce qu'on obtient en laissant ces objets durant cinq jours dans l'eau maintenue à 35 degrés environ dans une étuve, et en renouvelant l'eau tous les jours. Alors seulement ils pourront être placés sans crainte dans une solution de sublimé ou phéniquée à 50/1000 qu'on renouvellera tous les deux jours pendant la première quinzaine. C'est au bout de ce temps qu'on pourra s'en servir avec une entière sécurité.

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

Sur la résistance électrique considérée comme signe clinique ;

Par le Dr R. VIGOUROUX, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière.

Nous avons, en 1878, adressé à la Société de biologie, une note sur la résistance électrique des tissus (*Gazette médicale*, 1879). Le fait de la résistance plus grande des régions affectées d'anesthésie chez les hystériques y était signalé pour la première fois et la conclusion générale était que la résistance pouvait fournir un élément de diagnostic dans les maladies. A cette époque, lointaine eu égard à la rapide diffusion des notions électriques, les unités de l'Association britannique n'étaient pas encore adoptées, les électrothérapeutes n'employaient pas tous le galvanomètre et encore cet instrument ne servait-il guère que comme galvanoscope. Quant à la résistance du corps, elle était simplement attribuée à la présence de l'épiderme et ses variations aux différentes conditions de cette couche. Des recherches expérimentales sur ce sujet auraient alors excité peu d'intérêt, et nous ne jugeâmes pas à propos de publier le détail des nôtres.

Depuis lors, plusieurs observateurs se sont occupés de la question; d'autre part, M. Charcot, en mentionnant dans une de ses leçons quelques-uns de nos résultats, a appelé sur eux l'attention et aussi la critique. Le moment nous semble donc opportun pour dire quelques mots de nos premières observations et de leurs conséquences pratiques.

Ces premières recherches avaient porté sur l'augmentation de la résistance du côté insensible dans l'hémianesthésie hystérique. Nous avions constaté que cette augmentation se transportait du côté opposé lorsque, par un des moyens connus, on produisait le transfert. Ce seul fait autorisait à mettre au second plan l'influence de l'épiderme, car ses propriétés physiques n'étaient

(1) C. SCHRŒDER. *Gesellschaft f. Geb. u. Gyn. zu Berlin*, 12 juin 1885.

(2) A. MARTIN. *Juniper catgut* ; in *The american journal of Obst. and Diseases of Wom. and Child.* Vol. XX, octobre 1887.

*

modifiées en rien par l'expérience et à chercher la cause principale des variations de la résistance dans le réseau sanguin superficiel.

Notre procédé consistait à comparer les indications galvanométriques pour un même nombre d'éléments et pour une même durée de courant. Nous obtenions la mesure en unités pratiques au moyen de la méthode de substitution, c'est-à-dire que nous remplacions dans le circuit le corps de la malade par un rhéostat à fiches en débouchant les résistances nécessaires pour donner au courant la même intensité que lorsqu'il traversait le corps (1).

Avant d'aller plus loin, il convient de justifier notre procédé d'appréciation de la résistance et pour cela de préciser les conditions où se trouve cette propriété physique dans le corps humain et en général dans un corps vivant. D'abord, on comprend qu'il ne peut être question de mesurer la résistance du corps comme celle d'un conducteur métallique. En premier lieu, le corps humain est un assemblage d'électrolytes, c'est-à-dire de substances décomposables par le courant, et, par suite, de résistance éminemment instable, première difficulté qui déjà embarrasse les physiciens ; d'autre part, il est vivant, et le passage de l'électricité détermine dans sa masse des réactions physiologiques, et, par suite, des changements incessants dans sa constitution physique. La résistance du corps vivant est donc, à un double titre, fonction du courant. En particulier, nous avons, dès le principe, constaté ces deux faits, qui font la difficulté principale de ces recherches et qui ont été observés indépendamment depuis, par M. Estore (*Arch. de Neurol.*, 1882), et M. Dubois (*Revue intern. d'élect.*, 1887) : 1° La résistance du corps humain varie avec la durée du courant ; 2° elle varie avec la force électromotrice qui produit ce courant.

Venons à l'expérience et observons ce qui se passe lorsqu'on applique les électrodes d'une pile de dix éléments, par exemple, sur deux points quelconques de la peau. L'aiguille du galvanomètre abandonne le zéro et se meut sur le cadran, indiquant des intensités croissantes du courant. Puis sa vitesse se ralentit et il vient un moment, après un temps variable entre 2 et 10 ou 12 minutes, où elle paraît s'arrêter. Le courant a pris alors son régime stable. La question est maintenant celle-ci : laquelle de toutes ces intensités successives convient-il de prendre comme correspondant à la résistance électrique du sujet? *A priori*, on serait tenté de choisir la dernière, celle qui paraît constante. Il est facile pourtant de voir qu'elle n'a, en réalité, ni importance, ni signification pratique. D'abord nous avons vu que par elle-même elle n'est encore que relative, puisque nous savons qu'elle eut été très différente avec un nombre d'éléments différent. Mais eut-elle même une valeur absolue, nous n'en saurions rien conclure, puisque nous ne connaissons pas le trajet qu'a suivi le courant dans la masse hétérogène du corps. Et à supposer même que nous le connaissions dans tous ses éléments, nature longueur et section, la seule inférence possible serait relative à la résistance spécifique des liquides ou tissus composant le trajet. Or, on obtiendrait bien plus exactement ce résultat en faisant la mesure directement dans des tubes au moyen des méthodes de laboratoire et notamment celle de Lippmann pour les électrolytes. C'est donc dans le régime variable du courant que nous devons évaluer la résistance. La raison en est évidente. Il ne s'agit pas pour nous d'un problème de pure physique. Les réactions physiologiques qui sont la principale cause des variations et qu'il faudrait éliminer dans ce cas, sont, au contraire, l'intérêt en même temps que la difficulté du sujet. La manière la plus complète serait certainement de représenter par une courbe les intensités successives du courant. Cette courbe pourrait être tracée par points, ou mieux encore l'enregistrer directement au moyen d'une disposition spéciale. Nous indiquons plus loin un procédé qui pourrait être pratique. Mais le moment n'est pas encore venu où le tracé de la résistance sera aussi usuel que ceux du pouls ou de la température. Nous nous sommes donc borné à noter l'intensité à un moment donné et pour un nombre déterminé d'éléments. Lorsqu'on répète l'expérience sur différents sujets, on constate que la manière dont se fait l'augmentation progressive d'intensité du courant, présente des variétés individuelles très tranchées, au point de vue surtout de la rapidité. Or, lorsqu'après 60 secondes, par exemple, le courant a atteint une valeur de quinze dix-millièmes chez un sujet et une de cent chez un autre, nous disons que le premier a une résistance plus grande que le second. Cela est rigoureusement exact pour le moment considéré et cela est encore vrai, même si après l'établissement du régime stable, la valeur de l'intensité était la même chez les deux sujets ; car, à compter du commencement de l'expérience, il aura toujours passé moins d'électricité chez le premier que chez le second.

Nous le répétons avec insistance, ce que nous cherchons dans ces évaluations de résistance, ce n'est pas une notion sur les propriétés physiques des parties constituantes de l'organisme ; mais la réaction physiologique (indéterminée si l'on veut), par laquelle ces parties répondent au passage du courant. Nous indiquons, en conséquence, la résistance d'un malade ou d'une partie de son corps, en notant l'intensité produite en un temps donné, par un nombre d'éléments donné, ce qui permet des comparaisons faciles.

Le désir d'apporter à ces comparaisons une précision plus grande nous avait conduit à chercher un procédé commode d'évaluer la résistance, en unités électriques. Les deux difficultés mentionnées plus haut nous parurent insurmontables, malgré les diverses dispositions que nous donnâmes au pont de Wheatstone, en vue surtout de l'ajustement rapide des résistances. Ces détails techniques rétrospectifs n'offrent plus d'intérêt. D'autres auteurs, entrés plus tard dans la même voie, ne paraissent pas avoir été plus heureux. Le professeur Jolly, de Strasbourg, a publié, en 1883, un mémoire sur la résistance du corps. Il a trouvé des chiffres énormes, des trois ou quatre cent mille ohms. Une de ses expériences où il était assisté de deux physiciens distingués, montre bien la difficulté de ces recherches. On trouva dans une certaine position des électrodes quelques centaines de mille ohms pour le courant galvanique et sept mille seulement pour le courant faradique (le téléphone faisant office de galvanoscope). Nous nous expliquerons facilement cette discordance en nous rappelant la force électro-motrice très supérieure du courant faradique. A la même époque, M. Gärtner, par une méthode différente, obtenait des chiffres en moyenne dix fois moindres, et il

(1) Déjà nous tenions compte de la cause d'erreur provenant de la polarisation des électrodes et après quelques essais nous avions adopté précisément le modèle adopté plus tard indépendamment par M. Gartner, à savoir une plaque de zinc quadrangulaire de dimensions connues, montée sur un manche et simplement recouverte d'un coussinet de papier à filtre imbibé de solution saturée de sulfate de zinc. Ces électrodes figuraient dans notre vitrine à l'exposition de 1881.

constatait quelques résultats d'apparence paradoxale, par exemple la résistance moindre à la plante des pieds et à la paume des mains.

Plus tard (voy. *Progrès médical*, 1886), nous avons indiqué un procédé qui nous paraît résoudre la question de la mesure facile en unités absolues. Avant d'en parler, nous devons faire connaître quelques particularités présentées par la résistance dans différents états morbides. Prenons seulement les cas extrêmes. Nous avons déjà mentionné la valeur considérable de la résistance dans l'anesthésie hystérique. Fait important, cette augmentation existe aussi chez les hystériques ou du moins chez la plupart, même quand l'anesthésie n'est pas actuellement présente. D'où l'utilité de ce signe lorsqu'il s'agit de décider la nature hystérique d'une affection locale.

Dans la paralysie spinale, lorsqu'elle n'est pas très ancienne, le membre atteint offre aussi une augmentation très considérable de la résistance. Si l'affection est ancienne, le membre peut présenter une apparence d'asphyxie locale, ou de stase veineuse et la résistance est diminuée. Ce signe peut servir et nous a servi en effet à déterminer l'origine spinale d'une monoplégie.

Au contraire, la résistance se montre extrêmement diminuée dans la maladie de Basedow. Elle est alors le quart ou le cinquième et même moins de celle observée dans les mêmes conditions sur un individu sain. Et cette diminution existe au même degré dans les cas frustes. Ce signe nous a paru très utile dans beaucoup de circonstances, celle par exemple où une femme présente avec quelques troubles nerveux un certain gonflement thyroïdien, combinaison qui n'est pas rare et où le diagnostic est indispensable. Ce signe, de même que tous ceux de la maladie de Basedow est parfois très persistant, mais comme eux aussi il peut se modifier rapidement sous l'influence du traitement électrique. La faible résistance dans cette maladie n'est pas particulière à telle ou telle région du corps.

Elle nous a paru expliquer l'intolérance toute spéciale des malades de cette catégorie pour l'électrisation statique. En effet, et c'est là une circonstance qui n'a pas encore été prise en considération, la personne placée dans le champ électrique prend une charge d'autant plus grande que sa résistance est plus faible. Un malade de Basedow assis sur le tabouret électrique à côté d'autres malades, s'y trouve donc électrisé trois ou quatre fois plus énergiquement que ceux-ci, et l'on conçoit les effets d'excitation qui en résultent, sans qu'il soit besoin d'invoquer l'état nerveux spécial. Cet état nerveux n'empêche pas d'ailleurs la tolérance lorsque la résistance se trouve élevée par suite de la complication dont il va être question. La même considération explique encore le fait inverse, que dans le traitement de l'hystérie par la franklinisation il faut souvent recourir à des machines puissantes et à des séances prolongées.

Une très bonne habitude, propre à éviter des tâtonnements au début du traitement électro-statique, serait de constater préalablement la résistance des malades.

On vient de voir que la résistance est très élevée dans l'hystérie, très basse dans le goitre exophtalmique. Il y a donc lieu de se demander comment elle se comporte lorsque les deux maladies se rencontrent chez le même sujet. Nous avons observé plusieurs cas de ce genre En voici deux très nets : 1° jeune fille de 17 ans. Hystéro épilepsie. Maladie de Basedow type, pas d'anesthésie. Résistance très diminuée. 2° jeune fille de 20 ans. Mêmes conditions. Hémianesthésie, résistance très augmentée, même du côté sensible. Il résulterait de l'ensemble de nos observation que la résistance suit la loi de l'affection prédominante.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que de la coïncidence de l'augmentation ou de la diminution de la résistance avec certaines affections. La valeur de cette coïncidence est indépendante de l'interprétation physiologique dont elle peut être susceptible. Celle-ci se présente d'elle-même avec assez de vraisemblance. Les parties les plus conductrices de notre organisme sont les liquides. Lorsque l'on constate que la résistance d'une région est diminuée, comparativement à celle de la région homologue, on est donc en droit de conclure qu'elle renferme plus de liquides. Mais ces liquides peuvent être soit le sang contenu dans les vaisseaux, soit une accumulation séreuse sous forme de collection ou d'infiltration. Dans ce dernier cas, le passage du courant ne modifie pas sensiblement l'état des choses et le régime stable est rapidement atteint. Dans le premier cas qui est de beaucoup le plus fréquent, la rapidité avec laquelle augmente l'intensité du courant (ou diminue la résistance) nous a paru être en rapport avec la tonicité vasculaire. La résistance électrique serait donc le réactif (et le meilleur) de l'état du système vaso-moteur. Telle serait, suivant nous, la raison des modes divers de la résistance dans les états morbides mentionnés plus haut. L'exploration de la résistance électrique ne doit d'ailleurs pas être réservée pour les cas extrêmes que nous avons cités. Elle peut être utile dans une foule de cas parce qu'elle fournit des indications de même nature, mais bien plus délicates, que la raie méningitique ou la facilité de réaction à la douche. Nous y voyons un nouveau moyen de déceler certaines idio-syncrasies (congestives, par exemple) et de préjuger de certaines susceptibilités pour les agents toxiques ou médicamenteux. (*A suivre.*)

CONSERVATOIRE NATIONAL DES ARTS ET MÉTIERS.—L'*Hygiène de la peau* : Conférence par M. le Dr GEORGES, maître de conférences à l'Institut national agronomique, le dimanche 22 janvier 1888, à 2 heures 1/2 très précises. Projections par M. Molteni.

L'ACCIDENT DU PROFESSEUR CAZENEUVE. — Le professeur Cazeneuve a été victime d'un accident de laboratoire qui a failli avoir pour lui de graves conséquences. En dosant l'azote d'un produit nitré explosible qu'il avait obtenu et de la composition duquel il cherchait à se rendre compte, M. Cazeneuve a reçu à la face de nombreux débris provenant de l'explosion de l'appareil ; l'un de ces debris a perforé la cornée et a pénétré dans l'œil. M. le professeur Gayet a du pratiquer l'iridectomie pour enlever le corps étranger. L'état de M. Cazeneuve est assez satisfaisant. (*Lyon médical*).

LÉTHARGIE. — Notre correspondant de Bordeaux, dit le *Temps* (15 janvier), nous telegraphie que la dame Auger, qui se trouvait en état de léthargie depuis le 2 janvier, est morte hier à Ludon, à onze heures et demie du soir, sans s'être réveillée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PRATIQUE DE PARIS. — Composition du bureau pour l'année 1888 : *Président* : Dr DUJARDIN-BEAUMETZ. — 1er *Vice-président* : Dr LABURTHE. — 2e *Vice-président* : Dr POLAILLON. — *Secrétaire général* : Dr GILLET DE GRANDMONT. — *Secrétaire général adjoint* : M. CHAMPIGNY. — *Secrétaires annuels* : Dr CROUIGNEAU, Dr GAUDIN, M. GAUTRELET, Dr GUELPA, M. LECERF, Dr PETIT (Léon), Dr TISNÉ, Dr TOLÉDANO. — *Trésorier* : M. JOLLY. — *Archiviste bibliothécaire* : Dr DUBOYS DE LAVIGERIE. — *Conseil de famille* : Le Bureau et les Présidents de sections. — *Comité de publication* : Le Bureau et les Secrétaires de sections. — La Société se réunit tous les jeudis, à 4 heures précises, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Projet de loi concernant l'administration de la santé publique.

Les lecteurs du *Progrès médical* sont familiarisés avec les questions relatives à l'organisation générale des services d'hygiène et d'assistance; le directeur de ce journal est, en effet, un de ceux qui ont le plus énergiquement soutenu les hommes qui, depuis dix années, ont entrepris de démontrer toute la valeur sociale de l'hygiène et qui n'ont cessé de réclamer une centralisation convenable et rationnelle des services qui ont à connaître des questions qui touchent à la santé publique.

Il ne s'est pas fait un mémoire sur ce sujet si intéressant qui n'ait été discuté ou analysé ici, qui ne se trouve mentionné dans l'*Année médicale*; il ne s'est pas prononcé un discours, dit une parole notable sur cette question, soit à la Société de médecine publique, soit à l'Académie de médecine, soit au Comité consultatif d'hygiène publique de France, soit dans les Congrès scientifiques, qui n'ait eu son écho dans ces colonnes.

Peut-être, pourtant, les lecteurs du *Progrès* commençaient-ils à penser que la loi demandée par les hygiénistes avait pris la voie labyrinthique où tant d'autres se sont perdues dans les régions parlementaires; les plus obstinés dans un espoir incorrigible estimaient qu'au moins il fallait attendre de longues années avant que de voir les projets rapportés devant la chambre; que les députés qui auraient à discuter la loi étaient sans doute encore aux bras de leurs nourrices attendant le mandat législatif que leur confieront quelque jour des électeurs actuellement protégés par la loi Roussel!

. . . . On désespère
Alors qu'on espère toujours!

Espoirs vagues et lointains, dont la réalisation cause une extrême surprise. — C'est cette surprise là que ne va pas manquer d'exciter le très remarquable rapport de M. le Dr Chamberland qui a été déposé à la Chambre le 1er décembre dernier, et que nous avons aujourd'hui sous les yeux.

A diverses reprises, à la suite d'importantes discussions, l'Académie de médecine, la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, la Société de statistique, le Congrès des Sociétés protectrices de l'Enfance, les Congrès internationaux d'hygiène, l'Association française pour l'avancement des sciences, etc., avaient émis le vœu :

Qu'à l'exemple de la plupart des pays étrangers, l'administration sanitaire civile soit confiée en France à une direction administrative autonome, compétente et responsable, aussi bien auprès du pouvoir central, que dans les départements et dans les villes.

C'est en considération de ce vœu, tant de fois répété, que le 22 juin 1886 une proposition de loi était déposée par M. Siegfried et un grand nombre de ses collègues, sur *l'organisation de l'administration de la santé publique.*

Esprit ardent et convaincu, M. Siegfried n'avait pas hésité à prendre cette initiative, et on pouvait être certainé qu'il apporterait à la poursuite de cette idée la tenace constance qui caractérise les convictions solides. D'ailleurs, il avait recueilli la signature de collègues appartenant à toutes les nuances et même à tous les partis politiques.

La commission d'initiative parlementaire conclut à la prise en considération de cette proposition de loi qui fut renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Siegfried, Chamberland, Labrousse, Guillemaut, Duchasseint, Mathé, Lesouef, Chavanne, Richard Waddington, Albert Pesson, Jules Carret.

Cette commission était nommée le 14 décembre 1886, et elle fonctionnait déjà quand, le 13 janvier 1887, M. le ministre du commerce et de l'industrie déposa un autre projet de loi relatif à *l'organisation des services de l'hygiène publique*. Ce projet fut renvoyé à son examen et c'est sur ces deux projets, qu'après une étude des plus sérieuses, M. Chamberland, a fait un rapport et présenté le projet de loi définitivement élaboré par la commission.

Le rapport de M. Chamberland s'attache à montrer la nécessité d'une administration de la santé publique et les chiffres qu'il donne sont des plus probants. Ces chiffres sont empruntés surtout à la statistique de la mortalité et de la natalité en France et dans les autres pays de l'Europe, mais ils sont présentés avec les explications et les critiques nécessaires pour en apprécier la valeur absolue et relative.

Il est certain que si on prend la statistique brute de la mortalité générale en Europe, la mortalité générale de la France ne présente rien qui paraisse d'abord grave ou simplement inquiétant. C'est ainsi qu'en 1882, par exemple, on trouve la France au 4e rang, après l'Angleterre, la Suisse et la Belgique. — Mais ce chiffre brut n'a aucune valeur, car il faut se souvenir que le plus grand nombre des décès frappe les enfants de moins d'un an, et il faut savoir que c'est la France qui, sous le rapport des naissances, occupe l'avant-dernier rang, n'ayant après elle que l'Irlande.

Pour donner aux chiffres de la mortalité la valeur qu'ils doivent avoir, il faut rechercher dans les divers pays l'*excédent des naissances sur les décès*. M. Chamberland en donne un tableau comparatif pour les années 1865, 1875 et 1882, ce tableau est des plus instructifs.

Années.	1865	1875	1882
Angleterre	12.2	12.7	14.1
Suisse	»	11.6	12.2
Belgique	6.9	10 2	9.7
Italie	8.5	7.2	8.5
Bavière	6.2	10.2	7.1
France.	2.7	2.7	2.5

Ces chiffres montrent clairement que la France vient en dernier lieu et que, sur une population de 100,000 habitants la France s'accroit chaque année de 250, tandis que :

La Bavière s'accroit de . . .	770	habitants.
L'Italie	950	—
La Belgique	970	—
La Suisse	1220	—
L'Angleterre	1410	—

De ce moindre accroissement annuel de la population de notre pays résulte forcément cette conclusion que l'élément étranger doit s'introduire progressivement dans notre pays, et cela de plus en plus, — si bien que la proportion des étrangers à la population totale qui était de 1 °/o en 1851 est aujourd'hui de près de 3 °/o, ce

qui veut dire que sur 30 personnes habitant la France, il y a une étrangère.

« Nous n'avons pas la prétention, dit M. Chamberland, d'indiquer, même d'une façon vague, les mesures qui pourraient être prises pour favoriser l'augmentation des naissances en France. . . . . ne serait-il pas possible au moins de diminuer notre mortalité dans une proportion notable, de façon à augmenter l'excédent des naissances sur les décès ? »

Et c'est pourquoi la Commission parlementaire tout en constatant les heureux résultats de la loi Roussel et en demandant que par une application plus vigoureuse de cette loi on diminue encore la mortalité ; c'est pourquoi, disons-nous, la Commission dont M. Chamberland est le rapporteur autorisé, pense que nous devons appliquer nos efforts à proposer les mesures destinés a diminuer la mortalité au-dessus d'un an.

Si on envisage cette mortalité au-dessus d'un an, on trouve que dans les divers pays elle est représentée par les chiffres suivants rapportés à 1.000 habitants:

Italie.	19.6.
France	18.1.
Bavière	17.1.
Belgique	15.5.
Angleterre.	14.5.
Suisse	14.1.

M. Chamberland fait remarquer que si la mortalité, à partir d'un an, était en France ce qu'elle est en Suisse, nous économiserions annuellement, sur notre population de 37.700.000 habitants, 150.000 existences environ. — Si elle était ce qu'elle est en Angleterre, on économiserait encore 135.000 existences, — en Belgique, 98.000 existences, — en Bavière, 37.000.

Ces mesures sont-elles possibles à prendre ? Quelles dépenses en résulteraient et aussi quels bénéfices ? C'est ce que nous dirons dans le prochain bulletin en faisant l'examen critique du projet de loi qui accompagne le rapport de M. Chamberland.

D[r] Henri Napias.

Concours du Prix de l'Internat ou Concours des Bourses de voyage (*ancien Concours de la médaille d'or*). — **Modifications nouvelles.**

Plusieurs modifications pour le Concours de la médaille d'or (*Prix de l'Internat*) viennent d'être proposées, sur le rapport de M. Horteloup, par la commission chargée de réviser le règlement sur le service de santé dans les hôpitaux de Paris.

Désormais il y aura deux médailles d'or, autrement dit deux concours pour les prix de l'Internat : un pour les internes se destinant à la chirurgie et aux accouchements, l'autre pour les internes désirant se consacrer exclusivement à la médecine. Le premier de chaque concours sera médaille d'or de chirurgie ou de médecine; il y aura de même, pour le second de chaque concours, une médaille d'argent. Les médailles d'or ne feront qu'une année d'internat en plus, comme il résulte d'une première modification, remontant à quelques mois. (On sait qu'auparavant l'interne médaille d'or avait droit à deux années d'internat supplémentaires). Les médailles d'argent n'auront qu'une bourse de voyage, analogue d'ailleurs à celle accordée aux médailles d'or à la suite de la modification signalée plus haut. Les internes de quatrième année pourront seuls prendre part à ces deux concours, et chaque jury sera composé de cinq juges : quatre médecins et un chirurgien pour la médaille de médecine ; trois chirurgiens, un médecin et un accoucheur pour la médaille de chirurgie et accouchements.

Sur la proposition de M. Grancher, la commission a décidé, ce qui a paru étonner quelques intéressés, que désormais les deux internes classés les premiers aux deux concours seront, comme autrefois, nommés internes pour un an dans un service qu'ils auront choisi eux-mêmes ; mais l'interne ou les internes désignés déjà pour ce service resteront dans ce service. De cette façon (qu'on nous pardonne le terme technique) personne ne serait plus *luxé*.

En réfléchissant à cette modification, il est facile de voir qu'elle ne constitue vraiment pas un progrès sensible. Dans le service de médecine où ira l'interne médaille d'or, disons-le franchement, il n'y aura pas *deux internes;* l'un sera un tout petit peu chef de clinique (il a le droit de se faire recevoir docteur cette année-là) ; l'autre ne sera qu'un interne ordinaire....., peut-être moins. La nature humaine est ainsi faite. L'interne affecté au service, quelles que soient ses relations avec son collègue (et nous les supposons les plus amicales) n'en sera pas moins dans une situation un peu fausse, pour ne pas dire inférieure. Dans les grands services de chirurgie, où il y a trois internes, — et c'est là qu'iront les internes médaillés —, les inconvénients seront les mêmes. Ils seront bien plus grands encore si le service choisi est une Clinique, dépendant de la Faculté, une clinique où il y a déjà un chef de clinique, un sous-chef, une foule d'aides de toutes sortes..., etc. Nous n'insistons pas davantage. Nous croyons qu'il eût été plus simple, quoique plus radical, de décider carrément : « L'interne, médaille d'or, aura une bourse de voyage... et ce que vous voudrez en plus ; mais il ne profitera plus d'une année d'internat supplémentaire. » On a voulu trouver, établir une transition entre l'ancien régime et le régime souhaité par tous, le régime idéal. Soit; mais, sans être prophète, on peut prévoir qu'il n'en sera pas longtemps ainsi. Les formes de transition n'étant pas destinées à survivre, nous sommes persuadés que, d'ici à quelques années, il ne restera plus trace de cette *forme de passage*. Nous l'avons dit bien des fois, quatre années d'internat bien employées suffisent largement pour faire un bon chirurgien ou un bon médecin, si la graine ne tombe pas sur un mauvais terrain. On aurait donc pu, dès aujourd'hui, sans afficher un radicalisme exagéré, ne pas reculer devant la modification que nous signalons ; elle a dû certainement venir à l'esprit de plus d'un membre de la Commission..., mais il fallait y mettre des formes.

Les épreuves du concours, modifié comme nous venons de le voir, sont ainsi réglées : Le mémoire est coté 30 points, comme autrefois ; il constitue la première épreuve. La seconde sera une épreuve orale sur un sujet de pathologie interne ou externe suivant la nature du concours ; elle durera un quart d'heure, et le candidat aura un quart d'heure de réflexion ; 20 points sont accordés pour cette épreuve. Jadis, pour les épreuves orales, on n'avait que dix minutes. La troisième épreuve

ou épreuve écrite (anatomie, physiologie, puis pathologie interne ou externe suivant le concours) sera faite en trois heures (au lieu de deux) et sera cotée 20 points.

Voilà les modifications qui devront être ratifiées par le Conseil de surveillance et le préfet de la Seine. Nous constatons avec plaisir ce dédoublement du concours, dédoublement que nous demandions depuis si longtemps (1). Un nouveau pas vient d'être fait dans la bonne voie; mais il faut persévérer. Nous le répétons encore, nous espérons que bientôt il n'y aura pas seulement deux bourses de voyage, et qu'une troisième sera créée spécialement pour les internes qui se destinent aux *accouchements*. Il y a longtemps, on le sait, que les internes aliénistes jouissent d'une semblable prérogative.

Dans un prochain numéro nous parlerons des réformes qu'on a récemment proposées pour le concours des médecins du Bureau central.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 janvier 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL cherchent à démontrer que l'*air expiré par l'homme et les mammifères, à l'état de santé, contient un agent toxique très puissant.* L'air expiré contient presque toujours de l'ammoniaque, mais en quantité très loin d'être suffisante pour expliquer, même en partie, l'action délétère de cet air. Il contient aussi, en très minime quantité, des matières organiques qui, si elles ne sont pas déjà putréfiées, en sortant des voies broncho-pulmonaires, ont une grande tendance à s'altérer rapidement, même à une température assez basse. D'autre part, l'air confiné, chargé d'exhalaisons pulmonaires, n'est pas nuisible seulement par l'acide carbonique qu'il contient. En effet, de l'air ordinaire auquel on ajoute 1 pour 100 d'acide carbonique, est à peine une cause de trouble, tandis que l'air expiré ne contenant pas davantage d'acide carbonique est extrêmement nuisible. Pour étudier expérimentalement la toxicité de l'air expiré, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont injecté, dans l'artère ou dans la veine d'un lapin, l'eau contenant le principe toxique produit par la muqueuse pulmonaire. Cette eau provenait tantôt d'un lavage pulmonaire, tantôt de la condensation de la vapeur d'eau expirée, soit par un homme, soit par un chien. Le liquide obtenu par ce dernier procédé était clair, limpide et neutre. Dans une première série d'expériences, l'injection était faite avec 4 à 8 grammes de liquide pulmonaire; le lapin présentait alors une dilatation pupillaire, un ralentissement respiratoire, un abaissement de température et une augmentation des battements cardiaques. Dans une deuxième série, l'injection était de 20 à 25 cent. cubes de liquide pulmonaire. Les accidents étaient alors plus prononcés, avec parésie des membres postérieurs et diarrhée cholériforme. La mort, dans ce dernier cas, survenait presque toujours trois ou quatre heures après l'injection. Or, cette intoxication n'est pas due à l'injection d'eau dans les veines, la quantité d'eau étant ici trop faible; elle est probablement due à des matières organiques. A l'autopsie, les animaux ont présenté une congestion considérable de presque tous les viscères et surtout des poumons : ceux-ci étaient souvent couverts de taches ecchymotiques. Les poumons de l'homme, du chien et du lapin, à l'état de santé, produisent aussi un produit extrêmement énergique et qui en sort sans cesse avec l'air expiré. Il est probable que c'est cet agent toxique qui rend si dangereux l'air confiné.

(1) Voir *Numéro des Etudiants*, n° 45, 1887, où la question est résumée.

M. VERNEUIL étudie les *abcès profonds et lointains consécutifs à l'anthrax,* Le furoncle et l'anthrax, affections cutanées locales à leur début, peuvent, plus tard, à la manière des maladies générales, provoquer des accidents graves allant jusqu'à la mort inclusivement et démontrant jusqu'à l'évidence l'envahissement de l'organisme tout entier. En 1880, M. Pasteur a démontré la nature microbienne de ces diverses affections, lesquelles sont caractérisées par la présence du *Staphylocccus pyogènes aureus.* Toutefois, on n'est jamais parvenu, pour montrer comment l'affection locale devient maladie générale, à rencontrer le Staphylococcus aureus dans le sang de la circulation générale. M. Verneuil n'est pas arrivé, lui non plus, à trouver ce microbe dans le sang ; mais il a pu, à la suite de deux observations, prouver que le microorganisme de l'anthrax est capable d'être transporté à distance et de coloniser loin de son foyer initial, ce qui ne peut se faire que par l'intermédiaire du torrent circulatoire. Dans un premier cas, il s'agissait d'une femme qui, atteinte d'un anthrax de la nuque, présenta, au bout de quelques jours, un abcès du triangle de Scarpa : M. Gilbert découvrit dans cet abcès le Staphylococcus aureus. Le second cas a trait à un médecin qui, atteint successivement des divers degrés de la furonculose (orgelet, furoncle, anthrax) se surmène par des marches successives, sans soupçonner qu'il porte encore en lui et dans son torrent circulatoire même les germes latents de l'anthrax, et se trouve un jour possesseur d'une collection purulente très distante du mal initial, avec tout le cortège symptomatique des phlegmons les plus violents.

M. HÉNOCQUE a pu analyser, au moyen de son hématoscope, les *variations de l'activité de réduction de l'hémoglobine chez l'homme sain et chez l'homme malade* et il a pu connaître ainsi l'énergie des échanges gazeux entre le sang et les tissus. Cette activité de réduction est abaissée chez les cachectiques, chez les dysentériques et, en général, chaque fois que la nutrition est ralentie. Chez les chlorotiques, cette réduction est très faible, plus faible que chez les anémiques d'origine diverse. Cette réduction est au contraire augmentée dans les manifestations congestives de l'arthritisme. Les agents thérapeutiques modifient l'activité de réduction. soit en l'augmentant (ferrugineux, amers, toniques), soit en la régularisant (iodures), soit en la diminuant (acétanilide). A l'état physiologique, cette activité est plus faible le matin ; elle atteint son maximum au moment des repas et dans les deux heures suivantes; elle diminue vers six heures. Elle est augmentée par les efforts musculaires.

M. E. RIVIÈRE signale une *nouvelle station humaine de l'âge de pierre,* qu'il a découverte dans le bois de Fausses-Reposes (Seine-et-Oise.)

La commission chargée de l'étude des diverses questions se rapportant au concours qui doit s'ouvrir pour la découverte d'un procédé permettant de déterminer, dans les spiritueux du commerce, les substances autres que l'alcool pur, est ainsi composée : MM. Pasteur, Becquerel, Berthelot, Bouchard, Debray, Friedel, Fremy, Peligot, Troost, Schlœsing, Dehérain, Mascart. PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 janvier 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

Un cas d'allochirie auditive; par M. GELLÉ. — L'allochirie est la perception d'une sensation dans le côté du corps opposé au point où l'excitation a lieu. Ce phénomène a été surtout observé depuis Obermeister chez les tabétiques et dans les affections de la moelle, traumatiques ou autres, et, jusqu'ici, c'est de sensations cutanées qu'il s'agit dans les observations. La patiente annonce sentir, par exemple, à la jambe droite, le choc imprimé sur la jambe gauche. Dans le cas que je publie, il s'agit d'un bruit produit à droite et perçu par l'oreille gauche seule. La malade est atteinte de vertige de Ménière, avec lésions évidentes de l'oreille moyenne, surtout à l'oreille gauche. Les pressions centripètes exercées sur cette oreille gauche provoquent aussitôt la sensation vertigineuse ; de plus, elles causent de la douleur ; l'ouïe est également douloureuse de ce côté. L'oreille droite est relativement bonne. La malade n'est

ni tabétique, ni paralytique, ni hystérique : elle a guéri depuis. Voici l'allochirie maintenant : Cette jeune femme offre à l'auscultation de l'oreille un bruit intense de piaulement, bruit vasculaire que l'on retrouve tout le long de la carotide droite ; le phénomène sonore est remarquable d'intensité. Or, la malade ne le perçoit pas à droite ; mais bien à gauche exclusivement, du côté de l'organe hyperesthésié, où cependant l'on ne constate aucun bruit à l'otoscope. Donc le sujet rapporte à gauche un bruit manifestement né à droite. Quelle explication donner de ce phénomène de perception croisée ? L'élément prédominant ici est l'état d'hyperexcitabilité manifeste et d'hyperesthésie de l'organe auditif gauche, et cela peut suffire à comprendre une erreur d'orientation, car celle-ci se fait sur la sensation du maximum et du côté le plus touché ; mais, de plus, l'accommodation biauriculaire a lieu sous l'influence réflexe ; les mouvements effectués dans ce but sont perçus par la conscience et donnent la notion de la direction du son ; ils guident l'orientation du côté de l'effort maximum. Sans doute, du côté hyperesthésié, ce travail d'adaptation éveille des sensations plus vives ; et c'est ainsi, je pense, que la perception est latéralisée à gauche chez notre malade. Ne sait-on pas qu'il suffit de boucher le méat droit ou le gauche, tandis que le diapason sonne sur le vertex, pour que la sensation devienne, à volonté, droite ou gauche ; or, par cette occlusion, on augmente manifestement la sensibilité relative de l'oreille touchée. Peut-être y a-t-il là l'explication la plus simple de l'altération de la sensation à l'opposé du côté touché, connue sous le nom d'*allochirie*.

M. Féré a observé des phénomènes de même genre chez les hystériques. Lorsque chez ces malades on faradise un muscle du côté anesthésique on remarque, alors même que la sensation n'est pas perçue, qu'il existe des contractions musculaires du côté paralysé, contractions qu'enregistre le myographe et que perçoit très nettement la malade.

M. Brown-Séquard dit que les faits exposés par M. Gellé confirment la théorie qu'il soutient depuis longtemps à savoir qu'il n'existe pas de centres doubles, mais des centres simples pour les deux moitiés du corps.

M. Ch. Féré, étudiant l'*état des forces chez les épileptiques*, a constaté que celles-ci étaient généralement inférieures à la normale dans la proportion de 31 0/0 pour la main droite et de 32 0/0 pour la main gauche chez 100 épileptiques de 20 à 50 ans. Cette diminution des forces s'observe pendant l'aura et surtout après les accès ; elle s'accompagne parfois d'un tremblement qu'il est facile de constater sur la langue et aux extrémités.

MM. Brown-Séquard et d'Arsonval continuant leurs recherches sur la toxicité de l'air expiré ont fait de nouvelles expériences desquelles il résulte que l'empoisonnement serait dû à un alcaloïde volatil secrété par les poumons.

M. R. Wurtz présente une note sur les *bases volatiles du sang et de l'air expiré*. Au cours de recherches que je poursuis depuis longtemps, dit-il, sur les alcaloïdes du sang normal, j'ai réussi à extraire de ce liquide, par la méthode de M. Gautier, des bases fixes et volatiles y existant normalement. J'ai été conduit dès lors à chercher la façon dont elles s'éliminaient. La communication de MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, m'oblige à publier, quoique encore incomplets, les résultats que j'ai obtenus.

Pour recueillir et isoler les bases volatiles qui, venues du sang, s'éliminent par la voie pulmonaire et passent dans l'air expiré, on fait barbotter cet air dans une solution d'acide oxalique à 10 0/0, dans un appareil spécial, où les erreurs dues à la projection de salive et de particules solides sont évitées. Lorsque le nombre de mètres cubes d'air expiré qui a passé dans l'appareil est jugé suffisant, on fait subir au liquide oxalique un traitement particulier. A l'aide de cette méthode, j'ai réussi à obtenir des chlorhydrates parmi lesquels j'ai séparée : 1° Le chlorhydrate d'ammoniaque qui semble prédominer. 2° Le chlorhydrate d'une base volatile, caractérisée par les réactions suivantes : Précipité par le réactif de Bouchardat ; précipité par l'iodure double de potassium et de mercure ; formation de chloroplatinate soluble, cristallisant en courtes aiguilles, et rappelant par sa forme celui issu des bases que j'ai isolées du sang ; formation de chloro-aurates solubles. La solution du chlorhydrate de cette base, chauffée à 100°, exhale une odeur aromatique *sui generis*.

La quantité de matière dont je dispose ne m'a pas encore permis d'en faire l'analyse ni d'en expérimenter les effets physiologiques. Je ne publie cette courte note que pour prendre date.

M. Leven revenant sur les rapports de l'amaigrissement avec les troubles du système nerveux pense qu'il faut toujours songer à ces derniers en présence d'une émaciation rapide qu'un traitement approprié ne tardera pas, dans ces cas, à faire disparaître.

M. Ch. Féré rapporte que certains animaux, les chats en particulier, jouissent de la propriété, surtout lorsque le temps est sec, de dégager par le frottement une certaine quantité d'électricité. Il observe en ce moment une dame de 33 ans, névropathe qui ne peut se peigner sans tirer de petites étincelles de ses cheveux qui se séparent alors brusquement les uns des autres. Les phénomènes électriques sont surtout marqués à gauche où existent depuis longtemps et par intervalles de l'hypéresthésie ovarienne et de l'anesthésie suptéro-sensorielle. Les phénomènes électriques s'exagèrent avec les phénomènes nerveux. Cette dame a un fils actuellement âgé de 11 ans, hystérique, qui présente les mêmes phénomènes. Chez ces deux personnes, il existe un état de sécheresse très marqué de la peau.

M. d'Arsonval. — L'électricité qui se révèle de cette façon est produite chez les sujets à peau sèche par le frottement réciproque de cette peau et des vêtements. De plus, certains individus, les névropathes, en particulier, jouissent de la propriété d'emmagasiner l'électricité, et sont pour ainsi dire des bouteilles de Leyde toujours chargées.

M. Lataste communique le résultat de ses recherches sur les *dents exceptionnellement microphysaires chez les Mammifères Diphyodontes*.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Verneuil fait une communication sur le *traitement de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° garantir soigneusement, contre le spray, les parties voisines de l'anthrax, avec des compresses, des serviettes roulées en boudins, des coussins perforés, des pièces de diachylon ou de carton percées à leur centre, etc., etc., dispositions qui varieront nécessairement suivant les régions, et qui auront pour but de ne point mouiller le malade, ni son lit, ni ses vêtements ; 2° donner au patient une attitude commode pendant la séance, afin qu'il ne ressente point de lassitude et n'éprouve que le bien-être qui est la règle. Pour le furoncle et l'anthrax de la nuque ou du dos, beaucoup de patients se trouvent bien à cheval sur une chaise et les bras appuyés sur le dossier ; quand le mal siège au périnée ou près de l'anus, la position de la taille convient bien ; et. pour la région lombaire ou fessière, le décubitus latéral avec flexion d'un membre, etc.

Le traitement par les pulvérisations phéniquées offre le double avantage de la bénignité et de la simplicité ; il convient à toutes les formes et à toutes les phases du mal. Au début, il a chance d'être abortif ; plus tard, il arrête le progrès du mal ; plus tard encore, il limite le sphacèle, favorise l'élimination et surtout désinfecte à merveille la plaie anfractueuse et suppurante, ce qui entraîne la chute de la température et la cessation des phénomènes généraux. Dans certains cas désespérés, il est toujours temps de recourir au thermo-cautère.

M. Germain Sée fait une communication sur *les maladies de l'estomac jugées par un nouveau réactif*.

Depuis quelques années, on cherche un nouvel élément de diagnostic des maladies de l'estomac dans l'étude chimique du suc gastrique. Il y a deux mois, le Dr Gunzbourg signala un réactif colorant des plus sensibles, la *phloroglucine-vanilline*. Les affections de l'estomac les plus usuelles et les plus difficiles à diagnostiquer sont les cancers, les ulcères, les dégénérescences amyloïdes vasculaires, les scléroses ou indurations sous-muqueuses, les atrophies

des parois, les lésions diverses d'origine toxique et surtout alcoolique, et enfin toutes les dyspepsies. Avant tout, il s'agit de reconnaître si les acides de l'estomac et surtout l'acide chlorhydrique sont en déficit ou en défaut. Or, la phloroglicine-vanilline constitue un réactif sûr, spécial, expéditif. — 2 grammes de phloroglucine et 1 gramme de vanilline donnent avec 30 grammes d'alcool absolu une solution d'un brun jaune. Une goutte de cette solution, en présence d'une trace d'un acide minéral concentré, se colore aussitôt en rouge vif, en même temps qu'il se dépose des cristaux d'un beau rouge organique. Les acides lactique ou acétique n'ont aucune influence sur la coloration; il en est de même des chlorures. Lorsqu'on opère sur le suc gastrique, on procède ainsi: quelques gouttes du liquide filtré et autant du liquide phloroglucine-vanillé sont évaporées ensemble avec précaution, ce qui donne un vernis rougeâtre. A l'aide de ce procédé, il suffit pour obtenir les cristaux rouges, de 1/10 pour 1000 d'acide chlorhydrique. On peut réduire à trois les affections stomacales qui ramènent l'acide chlorhydrique au minimum; les cancers, les dyspepsies muqueuses et les dyspepsies marastiques. En dehors de la dyspepsie nerveuse avec suc gastrique normal, il y a une dyspepsie nerveuse fortement acido-chlorhydrique et une dyspepsie avec hypersécrétion chlorhydrique permanente.

Avant de se prononcer sur l'existence d'une dyspepsie, il ne suffit pas qu'on constate un suc non chlorhydrique, puisque avec un suc gastrique dépourvu d'acidité vraie et efficace, la digestion se fait surtout dans l'intestin. L'existence d'un suc chlorhydro-acide ne suffit pas pour assurer une digestion parfaite, car il peut y avoir des troubles intestinaux qui simulent entièrement la dyspepsie gastrique. Les trois médications à discuter sont la chlorhydrothérapie, l'alcalinothérapie, les évacuants mécaniques et physiologiques. Le véritable domaine de la chlorhydrothérapie, c'est la dyspepsie, avec peu d'acide ou bien la dyspepsie où prédominent les acides organiques et volatils. L'alcalinothérapie est discutée en tant que dose. Les évacuants s'appliquent à tous les cas d'affections atoniques de l'intestin et de l'estomac. Les indications relatives au régime sont nettes; l'ulcère de l'estomac réclame le lait; les autres affections gastriques ne réclament rien qu'un régime possible.

M. Constantin Paul s'étonne de ce que M. Sée soutienne que le dosage de l'urée ne servirait à rien dans le diagnostic des maladies de l'estomac; Rummelaëre, en effet, a démontré que l'urée diminuait notablement dans le cas de cancer de l'estomac.

M. G. Sée invoque ici les assertions émises à la Société médicale des hôpitaux et se demande si les vieux dyspeptiques ne présenteraient pas également un abaissement du chiffre de l'urée.

L'Académie se forme en *Comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Gariel sur les candidats au titre de membre correspondant national dans la quatrième division (physique et chimie.) A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 janvier 1888. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Féréol, quittant le fauteuil de la présidence, fait à ses collègues ses adieux comme président et résume les principaux travaux présentés à la Société dans le cours de l'année dernière.

Il est remplacé par M. Cadet de Gassicourt, vice-président, en l'absence de M. Siredey, retenu loin de Paris.

M. Gaucher rappelle que l'on admet généralement aujourd'hui plusieurs *mécanismes pathogéniques de la néphrite épithéliale chronique* se caractérisant par le gros rein blanc. Tantôt on en fait remonter l'origine à un reliquat d'une infection antérieure ou encore on l'attribue au froid, ou bien au trouble des fonctions cutanées; elle peut enfin être d'origine toxique. — Cette origine toxique pourrait résulter d'un auto-empoisonnement par les produits toxiques formés dans l'organisme; c'est ce que l'auteur a cherché à démontrer en administrant à des cobayes, par injections sous-cutanées quotidiennes, des doses croissantes, soit de leucine, soit de tyrosine, soit de créatine, soit de créatinine, soit de xanthine, soit d'hypoxanthine. L'animal devient rapidement albuminurique et succombe en quinze ou vingt jours. A l'autopsie, on trouve des gros reins blancs. A l'état normal, les substances extractives existent dans le sang, mais en minime quantité. Mais dans les maladies du foie, par exemple, on les voit augmenter considérablement, tandis que l'urée diminue. C'est vraisemblablement à cette exagération de la quantité de ces substances azotées incomplètement brûlées qu'il faut attribuer l'albuminurie que l'on rencontre dans la cirrhose atrophique, comme aussi on pourrait invoquer le même mécanisme pour expliquer l'albuminurie et les lésions rénales de l'ictère grave. Les néphrites des maladies chroniques pourraient également reconnaître la même origine, le ralentissement de la nutrition dans ces cas pouvant fort bien amener une production exagérée de matières extractives toxiques, Mais l'alimentation introduit également des substances toxiques identiques aux matières extractives de l'organisme, — le bouillon est par exemple dans ce cas. — Il peut donc résulter de là, surtout lorsqu'il y a abus en ce sens, une irritation rénale particulièrement grave dans les cas où le rein est déjà altéré antérieurement. Si enfin, comme dans les fièvres, il y a surtout élimination insuffisante, les mêmes lésions pourront se produire. Donc, élimination insuffisante ou bien production ou introduction exagérées de substances extractives, telle serait la cause du gros rein blanc. Si cette cause pathogène s'ajoute à une irritation interstitielle chronique du rein, il pourra se produire une de ces formes dites néphrites mixtes. Comme application pratique, il y aura donc lieu de ne jamais employer ni le bouillon, ni les poudres ou extraits de viande toutes les fois que l'on pourra légitimement redouter l'existence des altérations que signale M. Gaucher; ces mêmes substances en excès chez des gens même sains peuvent produire des accidents du côté des reins.

M. Hayem rappelle que dans sa communication faite à l'Académie de médecine avec M. Lesage sur le *traitement de la diarrhée verte des nouveaux nés par l'acide lactique*, il a indiqué des doses un peu trop faibles. Il y a lieu d'administrer aux enfants dans les 24 heures 15 à 20 cuillerées à café d'une solution à 2 % au lieu de 5 à 6, comme ils l'avaient dit. Chez les adultes, le même médicament à la dose de 0 gr. 75 à 1 gramme agit très bien dans les diarrhées rebelles à diverses médications.

M. Sevestre a employé avec succès cette médication chez les enfants, mais en rapprochant beaucoup les doses: une cuillerée à café toutes les 5 à 10 minutes environ. La diarrhée est ainsi souvent arrêtée en un jour ou même moins. Dans les diarrhées bilieuses il faut employer le bicarbonate jusqu'à 1 gr.25 par kilogramme de poids pour les 24 heures.

M. Hayem fait remarquer, qu'en effet, dans ces derniers cas, les selles sont très acides, tandis qu'elles le sont peu ou pas dans la diarrhée verte. Quant à la dose de bicarbonate, il a vu des adultes supporter des doses de 30 à 40 grammes par jour.

M. Raymond rapporte un fait dans lequel un malade atteint de néphrite interstitielle présenta une *double névrite du sciatique* poplité externe, à marche progressive, ayant peu à peu produit la paralysie des extenseurs du pied. A l'autopsie, outre les lésions ordinaires de la névrite, il y avait une myélite très nette.

A ce propos, M. Raymond fait remarquer que dans la plupart des névrites périphériques, lorsqu'on y regarde de près, on trouve presque toujours une altération médullaire ou méningée, le plus souvent antérieure à la névrite.

M. Rendu partage cette opinion et cite à l'appui un cas qu'il observe encore.

M. Raymond ayant fait remarquer que ces névrites sont assez fréquentes chez les vieillards à reins scléreux, M. Hayem émet l'opinion qu'il s'agit pour ce tissu nerveux d'une déchéance analogue à celle que subissent tous les tissus du vieillard. M. Raymond croit que le tissu nerveux est en général chez eux encore plus profondément altéré que les autres tissus.

M. Troisier rappelle les trois faits d'*adénopathies sus-claviculaires dans diverses variétés de cancers viscéraux*, faits signalés par lui et également observés par MM. Petit et

Raymond. Il en rapporte trois nouveaux cas : deux cancers do l'utérus et un de l'ovaire et cherche à en donner une explication. Dans certains cas, il y aurait envahissement de proche en proche de la chaine ganglionnaire prévertébrale, mais dans d'autres cas, la présence d'un ganglion sus-claviculaire isolé et apparaissant de bonne heure ne pourrait s'expliquer que par une embolie cancéreuse charriée par le canal thoracique et ayant reflué — au moment d'efforts faits par le malade ou encore par suite des mouvements propres des cellules cancéreuses — à travers les petits lymphatiques qui réunissent les ganglions cervicaux inférieurs à la crosse terminale du canal thoracique jusque dans ces ganglions où le cancer se serait multiplié. Quoiqu'il en soit, il y a lieu d'insister sur la grande importance symptomatique et pronostique de la constatation de ce signe: présence au début des ganglions sus-claviculaires dans les cancers viscéraux même. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 *janvier* 1888. — Présidence de MM. Lannelongue et Polaillon.

M. Lannelongue remercie les membres de la Société de Chirurgie de la bienveillance qu'ils lui ont témoignée pendant la durée de sa présidence.

M. Polaillon s'efforcera de marcher sur les traces de son prédécesseur; la principale difficulté pour le président est de faire que l'ordre du jour des séances soit épuisé chaque fois. Il fera tout son possible pour y arriver, et n'hésitera pas à augmenter un peu la durée des séances. Il invite ses collègues à abréger les discussions improvisées et prie la Société de voter des remerciements aux membres du bureau sortant.

M. le secrétaire général annonce la mort de M. le Dr Vanzetti (de Padoue), membre associé de la Société.

M. Charvot envoie une observation intitulée : *Fracture bimalléolaire par abduction forcée, résection du tibia.*

M. Verneuil dépose sur le bureau le deuxième fascicule des *Etudes expérimentales et cliniques sur la Tuberculose*, ainsi que le programme du prochain Congrès de la Tuberculose.

M. Kirmisson, à propos du rapport de M. Berger sur l'autoplastie, rapporte un fait personnel. Il a fait une autoplastie par la méthode italienne modifiée chez un homme de 40 ans, présentant en avant de l'une des malléoles externes un ulcère, suite de brûlure ancienne. Il prit un lambeau fessier, aviva l'ulcère et sutura le lambeau. Après onze jours, le lambeau était refroidi ; la sensibilité y avait disparu au quatorzième jour. En somme, il y eut sphacèle en haut du lambeau. M Kirmisson attribue cet insuccès à la position pénible que fut obligé de garder le malade, à l'avivement de l'ulcère fait d'une façon incomplète, enfin à l'emploi du catgut pour la suture. Dans deux cas analogues, il a vu chez Billroth, à Vienne, faire l'autoplastie avec un lambeau pris sur l'autre membre. La méthode qu'a employée M. Poncet donne parfois des résultats brillants, mais pas toujours et il faut n'y recourir qu'en dernier lieu. Pour l'autoplastie de la paupière, M. Kirmisson préfère le procédé de M. Lefort (transplantation d'un lambeau absolument détaché).

M. Berger rappelle que dans le cas d'autoplastie des paupières auquel M. Kirmisson fait allusion, il prit un lambeau sur le bras, après avoir fait la suture palpébrale une autre fois, il prit un lambeau qu'il détacha du dos (procédé de Lefort) pour le transporter sur une paupière, après l'avoir débarrassé de son tissu cellulaire. Il croit que dans cette sorte d'autoplastie, le lambeau, alors même qu'il prend bien, finit par s'atrophier sans se nécroser, par une sorte de résorption spéciale. La méthode italienne modifiée lui parait donner des résultats certains, durables; il la préfère au procédé de Lefort, qui a l'inconvénient mentionné ci-dessus, comme la greffe ordinaire, dermo-épidermique de Reverdin.

M. Lefort prétend que dans tous les cas d'*hétéroplastie* les choses ne se passent pas ainsi. Chez son premier opéré, il n'y a pas eu de rétraction, de résorption du lambeau. On le sait, pour qu'une hétéroplastie à distance réussisse, il faut enlever le tissu cellulaire qui double la face profonde du lambeau à transplanter ; mais, pour M. Lefort, il ne faut pas trop abraser la peau, trop râcler sa face profonde, sous prétexte d'enlever tout le tissu cellulaire qui la tapisse. Quand on applique un lambeau ainsi abrasé, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on note la résorption consécutive, tardive de ce lambeau; car c'est comme si l'on avait fait une greffe de Reverdin ; et tout le monde sait que dans ces greffes, très souvent, cette atrophie est notée. Il en conclut qu'il ne faut pas trop gratter la peau. Ceci explique peut être pourquoi M. Berger a constaté la résorption tardive d un lambeau transplanté et bien greffé.

M. Le Dentu a fait quatre fois des greffes analogues. Il a vu une fois la rétraction signalée ci-dessus ; elle portait sur la plus grande partie du lambeau ; dans deux cas, la résorption a été à peine notable, mais réelle. Il en découle ce fait, c'est qu'on doit tailler les lambeaux à transplanter plus grands que la perte de substance à recouvrir.

M. Lefort recommande aussi de choisir un morceau de peau de même nature que celle qui faut remplacer. La peau du dos est trop épaisse pour être placée sur une plaie de la face.

M. Lucas-Championnière a essayé les greffes de Reverdin en mosaïque, à petits lambeaux, pour les ulcères de jambe, en utilisant la peau saine de membres amputés. Dans ces cas l'atrophie a été frappante ; elle a toujours été moins marquée quand la peau greffée était prise sur le malade lui-même.

M. Monod rappelle, à propos de la communication que M. Lucas-Championnière a faite il y a 15 jours sur la nécessité de préparer soi-même son catgut, un travail de M. Kocher (de Berne), intitulé: « *A bas le catgut* ! » M. Monod croit que la soie au sublimé vaut bien le catgut.

M. Lucas-Championnière n'est pas de cet avis ; comme Lister il a remarqué il y a longtemps que la soie ne se résorbait pas.

M. Terrier critique les arguments de M. Kocher.

M. Lefort rapporte un cas de *luxation sans traumatisme appréciable des deux épaules*. Un homme, ayant eu la syphilis, s'aperçut un matin en se réveillant qu'il s'était luxé l'épaule dans la nuit ; 3 jours après même accident du côté opposé. Au bout de quelques mois, il consulte M. Lefort qui constate ces deux luxations et une atrophie du deltoïde, des sus et sous-épineux. M. Lefort essaya de réduire les luxations avec les mouffles (puissance de 180 kilogrammes par mégarde), mais en vain. Il n'y parvint qu'en employant les méthodes de douceur, les violentes tractions une fois terminées. Pour empêcher la récidive, il appliqua un appareil spécial et faradisa les muscles atrophiés. Le malade aujourd'hui est guéri ; on lui a donné du sirop de Gibert. Ce qu'il y a de curieux dans ce fait, c'est d'abord la coïncidence de ces 2 luxations survenant sans traumatisme, sans cause appréciable. Il ne s'agissait pas d'arthrite, d'atrophie du deltoïde. M. Lefort croit que les luxations se sont produite, pendant le sommeil, lors d'une crise d'épilepsie d'origine syphilitique ; on en a constaté une fois chez ce malade. Il insiste en outre sur l'intérêt qu'il y a à employer pour la réduction des méthodes de douceur après avoir rompu les adhérences à l'aide des mouffles, dans les cas de luxations anciennes

M. Després cite un cas de luxation récidivante de l'épaule. Il a fait pour son malade un appareil qui n'a rien d'analogue à celui préconisé par M. Lefort. Dans son cas il y avait arthrite sèche manifeste. M. Després insiste sur la nécessité d'épuiser la force musculaire avant de tenter la réduction.

M. Lefort désire insister sur ce point, à savoir l'importance de l'emploi des manœuvres de douceur après les manœuvres de force.

M. Verneuil montre la difficulté que l'on éprouve souvent à placer l'*entérotome* de Dupuytren sur l'*éperon d'un anus contre nature*. Quand il est profond et obliquo, cet éperon est très difficile à saisir complètement. L'instrument le repousse au lieu de le prendre et les deux branches s'engagent mal dans les deux bouts de l'intestin. Dès 1876, dans un cas d'anus iléo-vaginal, l'intestin grêle communiquant avec le cul de sac postérieur du vagin, il ne put atteindre l'éperon et le sectionner par le procédé employé ordinairement. Il ne put y parvenir qu'en saisissant avec une pince à polype, à l'aide du spéculum, la partie inférieure de cet éperon. Il propose l'emploi d'une pince peu différente des pinces à forcipressure or-

dinaires, construite par M. Collin, pour les cas d'anus contre nature qu'on observe tous les jours. De cette façon on peut placer facilement l'entérotome, car l'éperon fixé par une ou deux pinces est en même temps facilement tiré au dehors.

M. Després prétend que la pince à phimosis de Ricord, laquelle a des mors plus larges, doit être recommandée pour fixer l'éperon. Il rappelle les principales modifications de l'entérotome de Dupuytren.

M. Pozzi cite le modèle imaginé par M. Richet pour les fistules pelvi-rectales supérieures.

Une discussion s'élève entre M. Desprès et M. Verneuil à propos d'une question de priorité sans grande importance.

M. Lucas Championnière présente des pièces anatomiques provenant d'une femme opérée pour une *salpingite double*. La tumeur enlevée est probablement la plus grosse qui ait été observée. Ce fait prouve que la théorie de la menstruation attribuant aux trompes un rôle prépondérant est certainement fausse. Cette femme n'avait plus de trompes et cependant était parfaitement réglée.

M. Larger montre un malade atteint d'un kyste de la queue du sourcil. Tous les membres de la Société reconnaissent un kyste dermoïde. Marcel Baudouin.

REVUE D'OTOLOGIE

I. Trépanation de l'apophyse mastoïde; par Kretschmann. (*Archiv. für Ohrenheilk.*, XXII, 4e liv.)

II. Traitement de l'otorrhée par l'eau oxygénée.

III. Chancre mou de l'oreille moyenne.

IV. Lésions de l'oreille dans l'Impaludisme.

V. Opérations sur le tympan dans l'otite scléreuse.

VI. Rôle du limaçon dans la perception des sons.

VII. Traitement chirurgical et guérison des abcés cérébraux d'origine auriculaire.

I. Kretschmann publie le compte rendu de la clinique otiatrique de Halle pour l'année 1885. Sur 1015 malades traités, nous voyons qu'il a été pratiqué 271 opérations chirurgicales sans compter les cautérisations pour des granulations, pour l'hypertrophie de la muqueuse nasale ou des amygdales. 32 fois on a eu l'occasion de faire la trépanation de l'apophyse mastoïde. 16 opérations où il s'agissait d'affections aiguës ont donné deux décès chez des enfants de 6 mois à un an. L'un est mort de méningite septique et l'autre de pneumonie 53 jours après l'opération. 16 fois les malades étaient porteurs d'affections chroniques. 6 guérirent, 12 furent améliorés et 2 moururent de pneumothorax, ce qui ne peut être mis sur le compte de l'opération. La trépanation de l'apophyse mastoïde est suivie dans une foule de cas d'une amélioration rapide, pour ainsi dire immédiate et souvent d'une guérison complète, sans présenter par elle-même beaucoup de gravité. Les chiffres précédents ainsi que les suivants empruntés à Lucae montrent que les chirurgiens étrangers recourent souvent à ce traitement. En 5 ans l'opération a été faite 100 fois. 31 malades n'ont pas été guéris, 12 sont morts. Dans les 57 cas de guérison, il s'agissait d'une otorrhée chronique, 30 fois; d'une otorrhée aiguë, 27 fois. Relativement aux indications, il y avait, dans 24 cas otite moyenne aiguë avec abcès; dans 12 cas otite aiguë sans abcès. 27 fois il y avait une fistule osseuse. 12 fois l'apophyse mastoïde était saine extérieurement. Enfin, sur 10 cas où l'indication était vitale, 8 fois l'apophyse mastoïde était saine extérieurement. L'opération est pratiquée beaucoup plus souvent et beaucoup plus facilement avec le ciseau qu'avec le trépan. Certains auteurs suturent la peau après avoir évacué le pus. Il est préférable dans beaucoup de cas de ne pas réunir, de pratiquer des lavages du conduit auditif vers les cellules mastoïdiennes et inversement.

II. W. Dayton (de New-York) rapporte plusieurs observations d'otorrhées guéries par l'emploi de l'eau oxygénée. Au début il instille 10 à 12 gouttes d'une solution de 6 %, puis il se sert d'une solution de plus en plus forte jusqu'à 12 %. Il est rarement nécessaire de faire plus de deux instillations par jour. Dans tous les cas, la suppuration est rapidement modifiée et considérablement diminuée. Pour activer la guérison, il emploie en outre la poudre d'acide borique. L'amélioration de l'ouïe aurait été parfois surprenante (*Zeitschrift Ohrenheilk*, XV-4).

III. Chancre mou de l'oreille moyenne. Chez une femme atteinte de chancre phagédénique, qui prisait, survint une ulcération de la cloison du nez et un écoulement purulent. L'affection se propagea à la trompe et de là à la caisse. L'otite moyenne purulente consécutive, avec perforation du tympan guérit par l'iodoforme. Guranowski décrit le fait sous le titre de chancre mou de l'oreille moyenne parce que à la suite de la perforation du tympan il se développa de petites chancrelles sur le tragus et le conduit auditif externe. (*Deutsch med. Zeit.*, 1887)

IV. Weber Liel a décrit l'otite intermittente d'origine inflammatoire et l'otalgie intermittente d'origine non inflammatoire. Depuis, beaucoup d'auteurs ont nié l'origine palustre de ces accidents qu'ils attribuent au sulfate de quinine. Ferreri montre par ses recherches que cette opinion doit être rejetée. Malgré l'administration fréquente du sulfate de quinine l'otite paludéenne est rare, puisque de 1874 à 1886 il n'en a vu que 4 cas sur 4,574 malades qu'il a examinés. Dans cette affection, les nerfs doivent être atteints. Il y a hypérémie de l'oreille moyenne avec épanchement séreux. Ce qu'il y a de spécial, c'est que ces lésions ne suppurent jamais et qu'elles disparaissent par l'emploi de la quinine (Lésions de l'oreille dans l'impaludisme, Florence, 1887).

V. Dans un grand nombre d'otites moyennes chroniques non suppurées, rebelles au traitement ordinaire, Leth H. Bishop a pratiqué une incision au tympan. Il pense qu'il faudrait avoir plus souvent recours à ce moyen de faire disparaître les bourdonnements et d'améliorer l'ouïe. Il rapporte 14 observations, dans 13 desquelles il y eut une amélioration notable. Celle-ci aurait même été parfois de 500 à 800 %. Il est regrettable que l'auteur ne dise pas combien de temps le mieux a persisté. (*Journ. of the amer. med. Assoc.*, 28 *août* 1886).

VI. Stepanow (de Moscou) a vu un malade qui, au cours d'une otite moyenne purulente, élimina un sequestre formé par une circonvolution et demie de la partie supérieure du limaçon osseux. Il percevait encore le chuchotement, comprenait la voix forte et entendait bien tous les sons graves, ce qui est contraire à l'opinion d'Helmoltz. Ce fait ne permet pas de conclure que le limaçon ne joue aucun rôle dans la perception des sons; il montre qu'on a eu tort de vouloir localiser les différents sons dans les différentes parties du labyrinthe. (*Deut., med. Zeit*, août 1886).

VII. Il n'y a dans la science que 4 cas d'abcès cérébral consécutifs à une otite guéris par la trépanation: ceux de Gowers, Barker, Schondorf et de Trückenbrod. Voici deux nouvelles observations. L'une est publiée par Greenfield dans (*The Brit. med. Journ.*, 12 *fév.* 1887).

Un ouvrier de 26 ans fut pris, au cours d'une otite moyenne purulente, d'accidents qui firent supposer un abcès cérébral de la partie inférieure du lobe temporo-sphénoïdal gauche et trépaner à ce niveau. La dure mère, découverte fut incisée et un couteau de Graefe fut enfoncé dans la substance cérébrale à la recherche de l'abcès. Après l'issue d'une grande quantité de pus, on draina la poche et on y pratiqua des lavages antiseptiques. Opéré le 8 janvier, le malade se levait le 30 et quittait l'hôpital guéri, le 7 février. Dans un autre cas, presque identique, publié dans la *Lancet*, avril 1887, il s'agit d'un enfant de 9 ans, atteint d'otite moyenne purulente aiguë. Malgré la trépanation de l'apophyse mastoïde par le Dr Barr, les phénomènes graves, fièvre, délire, persistaient, Mac Ewen appelé en consultation, diagnostique un abcès cérébral. Il trépane la portion écailleuse du temporal à un pouce au-dessus et à un 1/2 pouce en arrière du méat. Après incision des méninges, il enfonce dans la substance cérébrale, d'un rouge jaunâtre, une aiguille creuse et rencontre à 3/4 de pouces de profondeur un abcès qui donne environ 2 drachmes de pus. Après l'opération il fait des pansements et des lavages antiseptiques. Il constate une amélioration immédiate. Au bout de cinq semaines, l'enfant guéri entend la montre à cinq pouces et demi. C. Louis.

BIBLIOGRAPHIE

De l'empoisonnement par les moules (ses causes); par le Dr Dutertre (de Beulogne). — Boulegne, 1887.

Lorsqu'on étudie les accidents produits par l'ingestion de substances alimentaires d'origine maritime, on remarque, dit M. Dutertre, deux choses : 1° Que ces accidents peuvent tous se ramener à 3 types : a) *Empoisonnement à forme exanthémateuse* (urticaire, démangeaisons variées, angine, etc.), accidents très fréquents souvent observés par les médecins exerçant sur le littoral. — b) *Empoisonnement à type cholériforme*, ce qui est plus rare (phénomènes de gastro-entérite) ; — c) *Empoisonnement à forme paralytique*, qui est très-grave ; — 2° Que les causes de ces accidents sont encore très-obscures.

Certains auteurs (Schmiatmann, Virchow, Lohmeyer), ont prétendu qu'il n'y avait qu'une seule espèce de moule (*Mytilus*) capable de produire des phénomènes toxiques, et que cette espèce se distinguait par des caractères spéciaux, tels que : coloration plus foncée, volume plus considérable, etc. Ceci n'est pas exact. Schultzer en effet, a démontré que les différences anatomiques entre les moules toxiques et les autres ne sont ni constantes ni toujours très accentuées ; en outre elles se rencontrent chez les moules comestibles. Il faut donc chercher ailleurs les causes de l'empoisonnement par les moules. Or ces causes peuvent tenir : a) à l'individu qui ingère l'aliment ; b) à l'aliment lui-même.

a) *Causes tenant à celui qui ingère l'aliment.* — Schultzer, Ozenne, Py, Roux, Ollivi, ne voient dans les accidents consécutifs à l'ingestion des moules que le résultat d'une *indigestion.* Il est certain que la digestion des moules est difficile. Toutefois cette difficulté ne saurait être cause des accidents toxiques observés, lesquels peuvent être occasionnés par l'ingestion d'une seule moule, et qui du reste n'ont rien de commun avec une indigestion. Il est vrai cependant que les gens atteints de *dypepsie acide* sent plus souvent victimes des moules que les autres, surtout quand ils sont sujets au pyrosis.

b) *Causes tenant à l'aliment.*— La toxicité est donc une propriété accidentelle de la moule; mais cette toxicité n'est due ni aux *Pinnothères*, ni aux *Astéries*, ni aux autres parasites de la moule ; on sait en effet qu'on peut manger impunément ces divers parasites. Il ne faut pas plus accuser la *vase* et la *crasse* de mer qui recouvrent quelquefois les moules. Cependant la vase des bassins constituée en grande partie par des débris organiques en putréfaction pourrait être dangereuse.—On sait que les moules peuvent être en contact avec des *sels minéraux* plus ou moins dangereux. Le *cuivre* a surtout été accusé (Bouchardat). Mais on rencontre des poissons toxicophores là où il n'existe pas de cuivre, et par contre les poissons pêchés sur les bancs de cuivre peuvent être inoffensifs. En outre les symptômes de l'empoisonnement diffèrent de ceux des intoxications cupriques, et de plus, il est prouvé que les moules ne peuvent renfermer que des traces de cuivre, dans certains cas seulement, et que même dans ces cas on peut en manger impunément. De même l'*iode* et les autres sels minéraux sont contenus en trop faible quantité dans les moules pour pouvoir nuire. Les moules en *putréfaction* peuvent produire des accidents, mais ils ne ressemblent en rien à un empoisonnement. La présence du frai dans la moule (1) est également inoffensive.

On sait encore que les moules, en vertu d'une certaine résistance, peuvent absorber des aliments toxiques, sans inconvénient pour elles. Or on a mis sur le compte de ces aliments plusieurs cas d'empoisonnement ; ce qui ne peut être, vu que ces aliments subissent dans le tube digestif de la moule des transformations telles qu'ils perdent toute toxicité.

La vraie cause de cette toxicité est due à une *maladie* des moules, agissant par la mollusine, principe actif peu abondant ou à peu près inoffensif tant que l'animal est en parfaite santé, mais qui augmente de quantité ou d'activité sous l'influence de certaines conditions. Il y a donc dans les moules un principe très toxique. Salkowsky parvint à l'isoler, mais ne put en déterminer la composition. Bierger isola plusieurs bases analogues à cet alcaloïde, dont fait partie la *Mytilotoxine*, qui est regardée par Virchow, Volff et Salkowsky, comme un poison paralysant des plus énergiques, analogue au curare. Les principes produisant l'urticaire, la salivation, la gastro-entérite ne sont pas encore déterminés.

Quel est maintenant le siège de ces principes toxiques? Cloquet croyait qu'ils étaient également réparti dans tout l'organisme de la moule. Mais les faits de de Rochas, Duchène, Chevalier et surtout les expériences de Wolff ont démontré péremptoirement, qu'ils ne se trouvaient que dans le foie seulement. De plus, ces principes toxiques ne paraissent pas venir du dehors; au contraire ils semblent résulter d'une lésion ou d'un trouble fonctionnel du foie, et peut être la cause première de cette lésion est-elle un *microbe pathogène.* C'est de ce côté qu'il faudra diriger les nouvelles recherches.

M. Dutertre, dans cette brochure, a très bien résumé la question de la pathogénie de l'empoisonnement par les moules. Les médecins que ce sujet intéresse trouveront dans ce petit opuscule l'indication des travaux les plus récents; ils y ont été analysés par un homme qui certainement a vu la maladie dont il parle et dont il cherche à trouver la cause. Personnellement il n'a pas contribué à faire avancer la science sur ce point; mais on doit lui savoir gré d'avoir discuté avec tant de bon sens toutes les théories émises jusquà ce jour. Marc. B.

(1) C'est donc à tort qu'on redoute de manger des huitres pendant les mois qui n'ont pas d'*r* !

Traité d'histologie pathologique; par Ed. Reindfleisch, traduit par F. Gress et J. Schmuh. — J.-B. Baillère, éd. Paris, 1887.

Le traité du professeur Rindfleisch a été le premier traduit en France, et, pendant longtemps, le seul livre courant. Il est extrêmement intéressant d'avoir, à cette époque de remaniement si profond, une seconde édition de ce livre à comparer à la première, pour mesurer le chemin fait en vingt ans. L'impression générale résultant de cette comparaison, c'est que l'anatomie pathologique elle-même a peu marché. Ce qui a pris de l'importance, ce qui prime tout maintenant, c'est la recherche des causes: c'est ainsi que la bactériologie a pris un si énorme développement, pendant que l'étude pure des lésions des tissus n'avançait qu'à petits pas, comme au hasard, et plus semble-t-il, par persévérance des chercheurs que par une méthode nouvellement appliquée. Rindfleisch, dans ses *Eléments de pathologie*, traduits récemment par le Dr Schmuh, signale le premier cette importance en pathologie de la base étiologique, sur laquelle seule on peut fonder la pathologie spéciale. Or, le livre du professeur de Wurtzbourg, conçu dans un remarquable esprit philosophique, concentre toute l'anatomie pathologique autour de la pathogénie, et toutes ses descriptions sont rattachées aux lois de la biologie pathologique. C'est un livre à cadres, systématisé, ce qui le différencie radicalement de la *pathologie des tumeurs*, par exemple, prodigieux entassement d'observations et d'aperçus magnifiques, mais sans ordre aucun.

Un livre de ce genre ne peut s'analyser ni se suivre chapitre par chapitre, par la nature même des lésions disparates dans le détail desquelles il descend. On peut seulement indiquer d'abord la façon dont il est conçu, ensuite les principaux changements apportés à cette seconde édition.

Les lésions dont le groupement constitue l'histologie pathologique, lésions fort complexes, qui sont des tératomes à l'involution sénile, sont classées, groupées et reliées entre elles, dans le livre du professeur de Wurtzbourg, au moyen d'un certain nombre d'idées générales fort simples. Allant du simple au composé, l'auteur étudie d'abord les modifications des cellules, puis celles des tissus et enfin celles des organes. Pour les *cellules*, les lésions sont classées sous deux chefs, processus d'évolution d'une part, d'involution de l'autre. Un certain nombre de ces processus sont communs à l'anatomie normale et à l'anatomie pathologique; d'autres diffèrent et appartiennent en propre à cette dernière. Ces différentes lésions sont précisées avec soin par l'auteur, car suivant en cela l'école de Virchow, il fait de la lésion cellulaire la base de toute altération pathologigue.

Les lésions des *tissus* ont des caractères constants suivant la cause qui les produit, et c'est par ces caractères constants

qu'on arrive à former quelques groupements homogènes : hyperémie, inflammation, tumeur. Mais elles ont aussi des caractères inconstants : l'inflammation différera dans la cornée, le cartilage, le muscle, le nerf ou la peau ; et ces caractères variables relèvent du terrain sur lequel se développe la lésion, de la structure du tissu. Et ce dernier point peut et doit être élargi ; il faut passer du tissu à l'individu lui-même et dire, l'inflammation unique dans son processus initial est variable suivant les tissus et suivant les sujets.

Ainsi les lésions des tissus nous offrent un caractère constant, le facteur étiologique ; un caractère variable, le terrain. Nous retrouvons cette division beaucoup plus accentuée encore dans l'anatomie pathologique des organes ; en effet, la façon de réagir du parenchyme pulmonaire, du rein, du foie, de la peau. donnera, pour une même cause, des lésions aussi différentes entre elles que la pneumonie, la néphrite, l'abcès chaud, et qui constitueront des types anatomo-pathologiques parfaitement isolés, basés sur les types anatomiques.

Ainsi, chercher dans les conditions étiologiques les traits communs des désordres observés, dans les différences d'anatomie et de physiologie normales l'explication, la raison suffisante des caractères distinctifs, voilà quelle est l'idée du livre; et l'étude du détail montre qu'elle est partout appliquée avec méthode et jugement. Pour les particularités, nous mentionnons l'étude de la karyokinèse, faite d'une façon un peu courte; l'étude des bactéries, qu'on trouvera aussi brève, malgré un appendice de technique bactériologique ajouté au volume ; les théories de l'inflammation adoptées par Rindfleisch, à l'inverse de la théorie de Conheim sur les tumeurs malignes, qu'il rejette à peu près complètement pour se rattacher à l'idée de l'origine irritative des tumeurs. Les tumeurs de substance conjonctive, les sarcomes particulièrement sont étudiés avec beaucoup de détails. Les granulomes infectieux remplissent un chapitre remarquable ; on sait du reste que Rindfleisch a toujours été partisan de la doctrine française de l'unité de la tuberculose.

Parlons maintenant de la traduction. Les docteurs Gross et Schmith ne se sont pas bornés à nous donner sans commentaires le texte de l'auteur allemand. Des notes en texte, comprises entre guillemets, rappellent et résument d'une façon concise et claire les principaux travaux français, trop négligés par Rindfleisch. Beaucoup de ces notes intercalaires sont de véritables exposés de questions et rendent le livre précieux. La bibliographie a été fragmentée, mise à la fin des chapitres, les travaux français ont été ajoutés dans de larges mesures, en sorte que le livre acquiert de ce chef une grande valeur pour les recherches à faire. On ne saurait trop remercier les traducteurs d'avoir ainsi rendu pratique et complet l'ouvrage du professeur de Wurtzbourg. Tel qu'il est, il se rapproche beaucoup, tant au point de vue de la conception générale qu'au point de vue de l'exécution du traité d'anatomie pathologique de Lancereaux. Il est plus condensé, plus serré, mais c'est le même procédé, le même exposé. Il est fort curieux de comparer ces deux ouvrages, d'autant que, malgré les qualités supérieures et les largeurs de vue de l'auteur étranger, l'auteur français ne perd aucunement à cette comparaison.

Al. P.

Guy's Hospital Reports ; édited by N. Davies-Colley et W. Hale White. Vol. XLIV. London, J. et A. Churchill, New Burlington street.

Ce volume contient, entre autres, les articles suivants : Biographie de Walter Maxon, par Cl. Lucas ; — Biographie de J. Cooper Forster, par Jacobson ; — Observations sur le pronostic, par Pyo-Smith ; — Traitement de l'aliénation due à des désordres fonctionnels, par G.-H. Savage ; — De la chirurgie dentaire dans les hôpitaux généraux, par Newland Pedley ; — Deux luxations non décrites, par Clément Lucas; — Cas d'hémorrhagie survenue durant un traitement par le salicylate de soude, par L. E. Shaw ; — Cas de fracture du bassin avec rupture de l'urèthre, etc., par Dunn ; — Diabète sucré, par S. Wilks ; — Causes, pathologie et physiologie de difformités qui se développent durant la jeunesse, par Arbuthnot Lane ; — Angine de poitrine, par J. P. Goodhart ; — Cocaïne dans la chirurgie dentaire, par Newland Pedley ; — Cas de maladie de Friedreich, par G. Newton et plusieurs autres mémoires de chirurgie, par A. Lane, N. Pitt, J. Poland et Dunn. Ce volume, digne de ses aînés, illustré de plusieurs figures, est complété par la liste des pièces anatomiques ajoutées au Musée déjà si riche de l'hôpital et une liste des médecins qui ont fait leurs études à Guy's Hospital. Il est bien regrettable que de pareilles publications ne soient pas faites par les médecins et les administrations hospitalières des hôpitaux de Paris et de toutes les grandes villes. Il n'y a guère de pays aussi dépourvu que le nôtre sous ce rapport. Tandis que en Angleterre, en Allemagne, aux Etats-Unis, il existe des publications historiques, statistiques et budgétaires sur tous les établissements hospitaliers, chez nous il n'y a rien de semblable. C'est là une lacune profondément regrettable.

Renal colic, parasitic and calculus (colique néphrétique, parasitaire et calculeuse); par le Dr Marvin, de Louisville (*South-Western Medical Gazette*, juin 1887).

Il s'agit dans cet opuscule, d'une étude critique sur un cas de colique néphrétique présenté par le Dr Larrabee, de Louisville, à la Société médicale de cette ville. Le malade en question avait rendu de nombreux calculs et quelques filaments que M. Larrabee considérait comme des *strongles géants*. Au contraire, M. Marvin s'attache à démontrer que ces filaments n'avaient aucune organisation ; c'était tout simplement des tubes fibrineux provenant de l'uretère. De cette divergence de vues est née une polémique dans les journaux du Kentucky, et cette brochure en est l'écho.

De l'albuminurie intermittente cyclique ou maladie de Pavy ; par le Dr Merley (Thèse de Lyon). — Paris 1887. — J.-B. Baillière et fils, éditeurs.

Ce travail a été fait sous l'inspiration de M. Teissier ; il confirme et développe les conclusions du maître. Chimiquement, on constate : une élimination de matières colorantes, une albuminurie, une augmentation de l'urée et des urates. La durée de l'évolution cyclique est rapide, 12 à 24 heures en moyenne; la durée de la maladie est longue, une ou plusieurs années. Les sujets atteints sont jeunes (15 à 25 ans), fils d'arthritiques nerveux ; l'albuminurie cyclique aurait des liens de parenté avec la diathèse urique. Le diagnostic est facile, il repose tout entier sur l'analyse des urines. Comme traitement il faut conseiller le fer, l'arsenic. les inhalations d'oxygène, l'alcool nitrique.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

« Le samedy cinq juillet mil six cent quatre vingt douze, la séance fut tenue au Palais archiépiscopal. Monseigneur Deharlay, premier président du Parlement, Monseigneur le Camus, premier président de la Cour des aydes vinrent y assister, et autour d'eux, vinrent se grouper MM. Chuppé, Accart, Guilloye, Petitpied, Soufflot. Leverrier; Levesque, Herlau, Marchand, Destrechy, Clérambault et Picquet, administrateurs de l'Hôtel-Dieu. »

Voici le résultat de cette séance :

« La Compagnie a aprouvé le changement proposé d'accorder des gages aux garçons et filles d'offices de l'Hôtel-Dieu, au lieu des entretiens qu'on leur donnoit, parce que cela aportera un meilleur ordre dans la maison. Et elle a commis MM. Chuppé, Levêque, Marchand et d'Estrechy pour dresser le mémoire du nombre de ces garçons et filles et des gages qu'on leur donnera, afin que le Reglement à faire à ce sujet soit arrêté au plus tôt. »

Ce mémoire fut dressé par MM. Chuppé, Levesque, Marchand et d'Estrechy qui en firent lecture le 12 juillet à une nouvelle assemblée au palais archiépiscopal où se trouvaient les mêmes membres, plus Monseigneur l'archevesque, Monseigneur de la Brisse, procureur general et Monsieur Defourcy, prévost des marchands.

« La Compagnie a approuvé ce mémoire et elle a arrêté que les gages commenceront à courir du premier du présent mois de juillet. Que les garçons seront paies au Bureau et les filles dans une salle à la maison en presence de deux de Messieurs qui en signeront les états pour servir de decharge à Messieurs les Receveurs. Que tous ces garçons et filles seront recus au Bureau, *qu'aucun* ne sera noury qu'il ne soit écrit sur le Registre qui sera tenu à cet effet.

« Que ceux qui sortiront sans y avoir demeuré un mois entier ne pouront rien prétendre de leur gages; qu'ils ne changeront point d'offices, ne decoucheront que par ordre du Bureau; ne pouront sortir de la maison sans permission de la mère Prieure, avec une marque ou billet qu'ils recevront d'elle seule : tous les domestiques passeront par la porte de l'Eglise hors les boulangers et cuisiniers qui passeront par la porte de la cour des cuisines : que pour reconnoitre ces domestiques il leur sera donné aux depends de la maison savoir : aux garçons, un justaucorps et un bonnet, et aux filles un manteau et une juppe de même couleur et non autre chose; qu'ils ne porteront tous que du linge uny et point de dentelles, les garçons n'auront point de chapeaux et les filles ne porteront point de coiffe noire : qu'ils demeureront tous responsables de la vaisselle, bassins, linges et autres meubles et ustanciles qui seront pris et se perdront dans leurs offices : *Et que ces garçons et filles suplèront au travail de ceux ou celles d'entre eux qui tomberont malades sans qu'on en puisse prendre de dehors pour cette raison*; et a été enjoint à l'inspecteur de tenir la main à ce que toutes les choses cy dessus soient entièrement exécutées. Comme aussy a été arrêté que tous les habits des pauvres qui décèderont dans l'Hostel Dieu seront vendus en fin de chaque mois par monsieur Marchand et les deniers délivrés à M. le Receveur, dont sera tenu Registre de controlle *sans que les Religieuses puissent disposer d'aucuns de ces habits* et qu'il n'y aura que la mère de l'office de la Pouillerie qui en aura la clef. (*Liasse* 880) »

1690. 19 *février*. — *Dissipation de la nourriture des malades par les Religieuses*. — Monsieur le chantre, de l'Eglise de Paris, l'un des directeurs du spirituel de l Hotel Dieu etant venu au Bureau parler à Monseigneur l archevesque de quelque affaire particulière, la Compagnie luy fit plainte de ce que quelques unes des religieuses dudit Hostel Dieu par un zèle indiscret et une charité mal ordonnée font tourner le bien de l Hostel Dieu au profit de plusieurs particuliers qui ne sont point des objets de la maison. Sur quoy ledit sieur chantre a dit qu'il n'a pas encore remarqué ny receu plainte de ce dézordre qu'il s'en eclaircira et fera ce qui sera de son ministère pour l'empescher et Monseigneur l'Archevesque a dit qu'il luy envoyera la mère Prieure, il luy en parlera et ordonnera d'y tenir la main de son costé (*Reg*. 59, p. 52).

Le 24 janvier 1692, le maître au spirituel et les chapelains de l Hôtel Dieu demandent une augmentation de salaire. La compagnie n'ayant pas voulu la leur accorder, ils se mirent en grève et refusèrent de dire des messes. C'eut été de nos jours, tout le monde eût été satisfait; mais on était sous le règne de Louis XIV. Les administrateurs navrés supplièrent l'archevêque de Paris d'arranger l'affaire. On paya les chapelains et les messes recommencèrent.

1693. 24 *janvier*. — *Reglement pour les menues necessitez des Religieuses*. — Sur ce qui a esté representé par Monseigneur le Premier president, que la mère Prieure et les religieuses de l'Hostel Dieu, luy avoient temoigné que pour accomplir leurs vœux de pauvreté avec plus d'exactitude et de regularité, elles avoient résolu suivant l'avis de leurs supérieurs eclesiastiques, *de ne plus garder d'argent, en communauté ni en particulier comme elles l'ont fait par le passé pour en achepter leurs menus besoins, mais de remettre dès à présent ce qui leur en restait, et à l'avenir tout ce qui leur seroit donné par les parens des filles qui feront profession, et par autres personnes*; et qu'elles supplioient que le Bureau en cette considération voulut bien ordonner que pour leurs menus besoins qu'elles ont marqué dans un mémoire dont a esté fait lecture, il seroit mis entre les mains de la mère Prieure seulle par chacun an, de quartier en quartier et par avance par M. le Receveur de l'H. D. telle somme qui sera jugée à propos.

La Cie a arresté que conformément à leur intention et pour rendre les choses plus regulières, elles remetront doresnavant à la recepte de l'Hostel Dieu toutes les sommes qui leur seront données soit pour elles, soit pour les malades, ou pour quelque autre cause que ce puisse être par les parens des filles qui seront receues religieuses dans la maison et par toutes autres personnes, sans aucune exception.

Moyennant quoy, MM. les Receveurs de l'Hostel Dieu mettront entre les mains et sous les quittances de la mère Prieure seulle la somme de 1.600 livres par chacun an à laquelle peut monter la depense de leurs petits besoins et necessitez, en cette somme comprise celle de 600 livres qui a esté depuis peu fondée à leur profit. Sçavoir 400 livres pour leur communauté et 200 livres pour leur infirmerie, par deux personnes de charité qui n'ont desiré estre nommées. Ladite somme de 1.600 livres payable de quartier en quartier et par avance. Et sur l'année courante commancée au 1er de ce mois de janvier, la mère Prieure gardera les 800 livres qu'elle et les religieuses ont declaré avoir de reste entre leurs mains pour les 2 premiers quartiers, le troisième quartier echéant aud. septembre prochain sera payé au 1er juin precedent, et ainsy continué à l'avenir de quartier en quartier et d'avance. Et comme ladite mère Prieure a promis de remettre aussy ce qui lui pourrait rester de ces 1.600 livres en fin de chaque année ou d'en tenir compte sur l'année subséquente, s'il arrivoit qu'ils ne fussent pas suffizans en quelques années, le Bureau fera supléer ce qu'il conviendra ou par dessus. (*Reg*. 62, p. 18, *verso*).

Nous allons voir comment les religieuses vont tenir leur engagement.

1693. 28 *novembre*. — *Chapelains, plaintes*. — Sur ce que Monseigneur le Premier President a fait raport qu'il a esté informé par des personnes de consideration et de piété qui sont souvent à l'Hostel Dieu, même par les religieuses que les Chapelains ne donnent pas aux malades et particullierement aux agonissans toutte l'assistance spirituelle qui leur est necessaire, Monseigneur l'archevecque a dit qu'il en parleroit à Mrs du Chapitre et les excitera de veiller et prendre le soin que ces chapelains fassent doresnavant bien leur devoir, même qu'il mandera M. le Me au Spirituel et luy recommander d'y tenir la main.

Ils avaient pourtant le 6 novembre sachant que l'administration de l'Hôtel-Dieu venait d'acheter du vin, demandé « un demy septier de vin d'augmentation pour chacun, *en consideration de leurs peines extraordinaires* » et la Compagnie quoique après leur avoir repondu qu'ayant chacun 5 demy septiers par jour, cela etoit *fort honneste*, leur avait accordé cette augmentation le 14. (*Reg*. 62, p. 132, *et suiv*.).

1695. 19 *février*. — Tous les chapelains de l'Hotel Dieu étant obligés d'aquiter chacun une messe par jour, en examinant le compte du sacristain il a esté remarqué que plusieurs des chapelains, sous pretexte de maladie ont obmis de dire *six cent trente une messes* dans l'annee dernière et comme ils ont des honoraires et qu'ils sont payez, nourris, logez, chaussés, blanchis aux depens de la maison on estime à propos de retenir sur leurs honoraires ce qu'il conviendra pour acquiter ces messes obmises, afin que l'Hotel Dieu ne paye pas deux fois la meme chose (1). (*Reg*. 64, p. 16).

1703.—Arrest *du Conseil d'etat du Roy du 26 novembre* 1703, *et Lettres patentes du 13 janvier* 1704 *qui accordent aux Administrateurs et au Receveur général de l'Hôtel Dieu de Paris le droit de* COMMITTIMUS *en la Chancellerie près le Parlement de Paris*. — Registrées au Parlement le 22 février.

Et en la Chancellerie du Palais le 29 mars 1704.

Extrait des Registres du conseil d'etat privé du Roy.

Sur ce qui a été representé au Roy en son Conseil, que par l'Article XIV, du Titre IV de son Ordonnance du mois d'août 1669, Sa Majesté avoit seulement ordonné que les Directeurs de l'Hôpital Général jouiraient du droit de *Committimus* en sa Chancellerie près sa cour de Parlement, sans y avoir compris les Administrateurs de l'Hôtel Dieu, attendu qu'ils sont tous obligez pendant leurs vies de remplir les différentes fonctions de l'administration desdits Hopitaux sans aucune recompense, mais charitablement, qu'à cet effet et à ces conditions, ils sont reçus en la Grand'Chambre de sa Cour de Parlement, qu'ainsi il étoit bien juste qu'ils ne fussent pas distraits de ces engagements par les affaires particulières que leur peuvent survenir hors la Ville de Paris; et Sa Majesté s'étant fait représenter son ordonnance de 1669, et voulant donner aux Administrateurs de l'Hôtel-Dieu des marques de satisfaction qu'elle a de leur application au soulagement des Pauvres, leur donner moyen de la continuer. Oui le rapport du sieur le Blanc, Conseiller du Roy en ses Conseils, Maître des Requêtes ordinaires de son Hôtel, Commissaire à ce député, et tout considéré : Le Roy en son Conseil, de l'avis de Monsieur le Chancelier, a ordonné et ordonne que lesdits Administrateurs et Receveur Général de l'Hotel Dieu, jouiront du privilège du droit de *Committimus* en sa Chancellerie, près sa Cour de Parlement, tant qu'ils seront dans l'administration et recette dudit Hôtel-Dieu, et un an après qu'ils en seront dehors, aux charges et conditions portées par l'ordonnance du mois dAoût 1699, et qu'à cet effet toutes Lettres nécessaires seront expediées. Fait au Conseil d'Etat Privé du Roy, tenu à Versailles le vingt sixième jour de Novembre mil sept cent trois : Collationné. Signé, BRUNOT, avec paraphe.

1720. *Notes sur une Religieuse qui après avoir été chassée de sa communauté se presente pour être sage-femme à l'Hôtel Dieu*.

A Messieurs les administrateurs de l Hostel Dieu de Paris.

Le seul motif de conscience oblige plusieurs personnes dont il

(1) Ces messes étaient payées 6 sols.

n'estime ci nommer de vous faire connoistre, messieurs la mauvaise foy jointe les fausses justifications qui se rencontre dans la reception ou agrément d'aucune des mestresse sage femme pour le soulagement du public. . . . . A. ROUSSELET.

Prophylaxie de la syphilis : Rapport de M. A. Fournier (1).

(*Suite et fin*).

Deux chapitres annexes, relatifs à des milieux spéciaux, doivent maintenant servir de complément aux dispositions générales qui précèdent. L'un concerne l'armée et nous occupera tout d'abord.

La sollicitude de votre Commission devait naturellement s'étendre, à l'*armée*, où les contamininations syphilitiques atteignent une si lamentable fréquence. Nous n'avons pas manqué à ce devoir.

Fort heureuseusement, votre Commission comptait parmi ses membres M. Léon Collin, dont la compétence spéciale nous a été particulièrement précieuse. Guidés par lui, et nous inspirant, d'autre part, de divers documents qui nous ont été transmis par des médecins militaires, nous avons l'honneur de vous soumettre, en vue de la prophylaxie et du traitement de la syphilis parmi nos jeunes soldats, un ensemble de mesures qui, nous l'espérons, réuniront vos suffrages. Ces mesures sont les suivantes.

I. — Instituer dans l'armée une série de *Conférences* ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes en général et sur les dangers de la syphilis en particulier (dangers personnels, dangers héréditaires, dangers de contagion), sur le bénéfice à attendre d'un traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les périls de la prostitution clandestine exercée par les insoumises, les rôdeuses, les bonnes de cabaret, etc. Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps. Elles seraient annuelles. Elles auraient lieu de préférence quelque temps après l'enrôlement des jeunes recrues.

Une conférence semblable serait également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps. « On ne se figure pas, en effet le nombre de réserviste qui contractent la syphilis pendant les vingt-huit jours qu'ils passent hors de leur domicile. » (Dr Burlureaux).

Nous croyons fermement que ces conférences (qui d'ailleurs sont déjà instituées dans plusieurs corps de l'armée et de la marine) pourraient avoir les meilleurs résultats en éclairant, par quelques notions sommaires, un nombre *immense* de jeunes gens qui arrivent sous les drapeaux dans un état d'ignorance presque absolue relativement aux affection vénériennes et aux conséquences qu'elles comportent. Ainsi que l'a fort bien dit un ancien militaire distingué, le Dr Burlureaux, dans un très intéressant mémoire qu'il m'a communiqué et que j'ai eu l'honneur de transmettre à la Commission : « Nulle collectivité humaine ne peut être aussi bien surveillée et aussi bien garantie que l'armée, et *les médecins militaires pourraient être les agents les plus actifs et les plus utiles de la croisade qu'il temps d'opposer à la syphilis*. Ces médecins feraient certainement de l'excellente prophylaxie en éclairant les soldats sur les dangers de la syphilis, en leur inspirant une salutaire terreur de cette maladie, en leur démontrant la nécessité d'un traitement immédiat, etc., etc... Peu à peu se répandraient ainsi dans les régiments des notions salutaires qui serviraient plus à la prophylaxie que toutes les mesures de rigueur. Et, comme la grande majorité des Français passe par les régiments, soit pendant plusieurs années, soit pour vingt-huit jours, il suit de là qu'au bout de quelques années ces profitables notions auraient pénétré dans tous les esprits ». — C'est là certes une œuvre utile et bonne à laquelle ne faillira pas le dévouement bien connu de nos confrères de l'armée.

II. — *Provoquer de la part d'un soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie.*

N. B. — Les bulletins spéciaux, contenant les noms des filles signalées par les soldats, seront adressés à la Préfecture de police ; — et il serait bon à tous égards que, réciproquement, la Préfecture voulût bien retourner ces bulletins à l'administration militaire, avec la désignation de la maladie constatée sur ces filles.) Il est évident, en effet, que les indications fournies par les soldats contaminés sur la provenance de leur maladie révéleraient plus d'une fois à l'Administration l'existence de dangereux *foyers* de contamination. D'autant qu'il est fréquent, dans l'armée, de voir la syphilis dériver d'une même origine pour plusieurs hommes d'un même corps. Un médecin militaire nous a communiqué trois cas dans lesquels *huit, dix* et *vingt-deux* soldat avaient été infectés par la même femme. Il y a même, ajoute ce même confrère, une certaine catégorie de basses prostitués, dites « rôdeuses de postes », qui se font une clientèle spéciale parmi les soldats. Une de ces malheureuses, porteuse de lait à ses moments perdus, passait presque toutes ses nuits dans les postes. A ma connaissance, cette femme a communiqué la syphilis à six de nos hommes, sans compter ceux que je ne connais pas et n'a pu connaître parce qu'elle avait soin de prendre des noms différents suivant qu'elle exerçait son industrie à l'est ou à l'ouest de la capitale ».

III. — *Consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées ; — interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.*

IV. *Ecarter toute punition du programme prophylactique de la syphilis.*

A la vérité, on ne punit plus aujourd'hui un soldat qui a eu la malechance de contracter la syphilis ; mais « on ne lui accorde plus de permission » ce qui revient à peu près au même. Si bien que la crainte de cette punition muette par retrait de faveurs, aboutit à ce résultat que nombre d'hommes hésitent à déclarer leur maladie, la cachent, la laissent s'aggraver, recourent à des médicaments empiriques, à des remèdes du charlatans, etc. — Qu'il n'en soit pas ainsi dans tous les corps de l'armée, M. Collin a pris soin de nous en assurer, et nous avons reçu sa déclaration avec plaisir ; mais il en est encore ainsi, nous a-t-on affirmé d'autre part, pour certains régiments, et c'est trop Dans l'armée comme dans le civil, contracter la syphilis est un malheur et non un délit. Donc, toutes les punitions imposées de ce chef sont injustes et ridicules; j'ajouterai qu'elles sont de plus nuisibles, en ce qu'elles vont juste à l'encontre de l'intérêt commun.

V. — *Supprimer les visites faites en commun, et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.*

Actuellement l'examen des soldats se fait le plus souvent dans une salle de visite où peuvent se trouver réunis dix, vingt, trente hommes et plus, appartenant au même corps. Si bien que les consultations de ce genre ne sont pas sans quelque analogie avec ces réunions antiques, où les premiers chrétiens se faisaient une mutuelle et publique confession de leurs péchés par esprit de mortification. Mais, comme les mœurs ont changé, comme les syphilitiques de nos jours, même dans l'armée, n'ont que peu de goût pour ces pénitentes humiliations, il arrive ceci, en fait, que nos jeunes soldats, affectés de tel ou tel accident vénérien, hésitent à se présenter à la visite « parce qu'il leur faudrait y confesser leur maladie *en public*. » Pour une raison ou pour une autre, ils redoutent la *publicité* de leur maladie. Aussi s'ingénient-ils de mille façons à esquiver la visite et y réussissent-ils trop souvent; la plupart, en tout cas, n'y arrivent qu'à regret, et seulement contraints par le règlement ou la douleur.

Quels obstacles peuvent donc s'opposer à ce que, dans l'armée, l'examen des hommes soit fait avec la discrétion et les convenances qui sont dues à tout malade, quel que soit d'ailleurs son genre de maladie ? Et n'est-ce pas une réforme urgente, nécessaire, que de réduire aux strictes limites du nécessaire la publicité d'une affection vénérienne.

VI. — *Instituer un service de police spéciale autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc.*

Et, en effet, l'expérience apprend qu'il s'établit presque immédiatement autour des grands rassemblements de soldats une prostitution spéciale, qu'on pourrait appeler la prostitution *des bois*, composée de rôdeuses du plus bas étage, et éminemment féconde en contagions vénériennes de tout genre.

VII. Enfin, aux diverses propositions qui précèdent, ne conviendrait-il pas d'en ajouter une autre, relativement au traitement de la syphilis dans l'armée ? Je m'explique.

Soit un soldat qui, aujourd'hui, je suppose, venant de contracter la syphilis, entre dans un hôpital militaire pour quelque accident primitif ou secondaire, tel que chancre, syphilides, plaques muqueuses, etc. Dans quelques semaines, au maximum dans deux ou trois mois, ce soldat sortira de cet hôpital, débarrassé des accidents en question. Mais en sortira-t-il *guéri?* Il n'est pas un de nous, ici, qui voudrait considérer, en de telles conditions, cet homme comme guéri. Bien au contraire, nous serions tous unanimes pour croire, pour affirmer que cet homme reste sous le coup de la diathèse, qu'il n'a pu être guéri par un si court traitement, qu'il *faut le traiter encore*, ou sinon qu'il sera exposé, dans un avenir soit prochain, soit éloigné, à quelque manifestation plus sérieuse, grave peut-être, voire très grave. Facile prophétie, dont la confirmation nous est d'ailleurs offerte par ces exemples presque journaliers de malades qui, conduits dans nos hôpitaux civils pour quelque accident sérieux de syphilis tertiaire, nous racontent ceci comme antécédents : qu'ils ont contracté la syphilis étant soldats ; — qu'ils ont alors été traités dans un hôpital militaire pour tels ou tels symptômes, pendant quelques semaines ou quelques mois ; puis que, dé-

(1) Voir *Progrès médical*, nº 30, 1887, p. 71.

livrés desdits symptômes, ils sont rentrés dans leur corps et qu'ils n'ont plus rien fait au delà pour compléter leur guérison.

Eh bien! contrairement à ces prévisions, dérivées de l'expérience commune, que se passe-t-il en l'espèce? Voici le soldat en question sortant de l'hôpital, après un séjour de quelques semaines, délivré des accidents pour lesquels il y était entré, « blanchi », suivant l'expression consacrée, mais en réalité aussi peu guéri que possible. Va-t-on ultérieurement s'occuper de lui en tant que malade? Quelqu'un lui donnera-t-il le salutaire conseil de se traiter encore? Quelqu'un prendra-t-il soin de le diriger dans les cures successives qui lui seront nécessaires? Et, lorsque cet homme quittera le régiment, quelqu'un lui dira-t-il: « Ne vous empressez pas trop de vous marier en rentrant chez vous parce que votre syphilis n'est pas guérie et que vous pourriez infecter votre femme, engendrer des enfants destinés à mourir, etc. Rien de tout cela, rien. Un soldat syphilitique qui revient de l'hôpital à son corps y revient sur le même pied et dans les mêmes conditions que s'il avait été affecté de toute autre maladie à guérison accomplie et définitive.

Et cependant, cet homme a dans son régiment, tout près de lui, des médecins, des médecins instruits, expérimentés, dévoués, qui pourraient l'éclairer sur la nature et les dangers de son mal, qui ne demanderaient pas mieux que de le traiter, de le diriger, de le guérir, et cela *tout en le laissant sous les drapeaux*, car l'hôpital n'est en rien nécessaire au traitement d'un syphilitique d'ailleurs bien portant et valide. Que si ces médecins étaient officiellement avertis des antécédents de cet homme, s'ils recevaient communication de son dossier d'hôpital, ils ne manqueraient pas à coup sûr de l'aider de leurs conseils pour son traitement ultérieur et de compléter sa guérison (1).

Au total, limiter la durée d'un traitement antisyphilitique à la durée d'hospitalisation nécessaire à la guérison de tel ou tel accident passager de la diathèse, constitue une pratique absurde en principe et désastreuse comme résultats. A cela cependant se résume l'état de chose actuel. De toute évidence, et d'un aveu unanime, c'est autre chose qu'il faut faire. Mais quoi donc, en définitive? Eh bien, le plus simplement du monde, ne pourrait-on pas imiter pour l'armée ce qui se passe dans le civil?

Dans le civil, lorsqu'un malade de nos hôpitaux nous quitte, après guérison d'un chancre par exemple ou de quelque autre accident spécifique, nous lui donnons avis qu'il doit encore ou poursuivre son traitement ou le reprendre de temps à autre; et, pour lui en fournir les moyens, nous le faisons inscrire à ce qu'on appelle en style d'administration hospitalière le *traitement externe*; c'est-à-dire que ce malade, sans avoir besoin d'être hospitalisé de nouveau, aura la faculté de continuer à être traité par nous aussi longtemps que nous le croirons nécessaire, et de recevoir gratuitement de l'hôpital tous les remèdes que nous lui prescrirons.

Pourquoi donc ne pas instituer quelque chose de semblable pour le traitement de la syphilis dans l'armée? Pourquoi donc les soldats n'auraient-ils pas eux aussi, comme nos malades, leur *traitement externe* au sortir de l'hôpital, avec cette seule différence que ce traitement serait dirigé pour eux non plus, comme dans le civil, par les médecins des hôpitaux, mais *par les médecins de leur corps?*

Dira-t-on que les exigences du service militaire sont incompatibles avec un traitement médical? Cette objection, en tous cas, tomberait devant les deux considérations suivantes, à savoir: 1° Que le traitement de la syphilis (sauf accidents majeurs) est généralement des plus simples, puisqu'il consiste en l'absorption quotidienne de quelques pillules mercurielles ou de quelques cuillerées d'iodure; — et 2° qu'il y aurait à citer (preuve péremptoire et décisive en l'espèce) quantité d'exemples où ce traitement a pu être suivi sous les drapeaux, sans le moindre préjudice pour les obligations diverses du service militaire.

Presque toutes les dispositions prophylactiques qui précèdent ne sont pas moins applicables à la marine qu'à l'armée de terre. Mais en outre, relativement à la marine, votre Commission vous propose le double vœu que voici: Il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre une visite médicale de l'équipage fut faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés; — 2° il est absolument essentiel que dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

J'en ai fini, Messieurs, avec les grandes questions générales, et, pour épuiser mon sujet, il ne me reste plus qu'à vous parler d'un dernier point de prophylaxie, celui-ci restreint à coup sûr par rapport aux précédents, mais non moins digne cependant, comme vous allez le voir, de votre sollicitude. Je veux parler de la protection à conférer aux *nourrices* contre les risques de contamination syphilitique dérivant des nourrissons. Nous sommes loin de méconnaître les efforts qui ont été tentés en ce sens dans ces derniers temps Et cependant, force est bien de le constater, la situation reste telle que nombre de nourrices sont encore victimes de contaminations de ce genre. Donc, de par l'expérience, il reste quelque chose de mieux à imaginer, à tenter, que ce qui a été fait jusqu'à ce jour.

Voyez comment les choses se passent en pratique. Voici, je suppose, un ménage bourgeois où vient de naître un enfant que sa mère, pour une raison quelconque, ne veut pas nourrir. On s'enquiert d'une nourrice. On mande le médecin de la maison pour faire son choix entre plusieurs nourrices qu'on est allé chercher dans un bureau et qu'on lui présente. Puis après ce triage on procède à un autre examen. « Assurez-vous bien, docteur, dit la famille, si la nourrice dont vous venez de faire choix, n'a *rien de mauvais*, si elle ne pourrait rien transmettre à notre cher petit, car, vous savez, parfois il est arrivé des malheurs, etc. » Et le médecin alors soumet cette nourrice à un examen plus complet, visant surtout la syphilis, car c'est la syphilis que l'on craint surtout en l'espèce. Il interroge cette femme, il la découvre, il lui examine la plus large étendue possible des téguments, les cheveux, la bouche, les dents, la langue, l'arrière-gorge; il palpe les ganglions, etc.; quelquefois même on réclame une investigation plus intime. Et la nourrice subit tout cela, se laisse faire, se laisse voir, car d'avance elle est résignée à tout pour avoir ce qu'elle espère, à savoir: un nourrisson, un gagne-pain.

Rien de mieux que ces garanties prises par la famille contre la nourrice, car on a vu maintes fois des nourrices syphilitiques infecter des nourrissons sains. Oui, certes, rien de mieux, mais à une condition, c'est que ces garanties eussent ce que réclamerait la plus stricte équité, à savoir leur *contre-partie*, c'est-à-dire des garanties de même ordre assurant la nourrice contre l'infection possible de son futur nourrisson.

« A mon tour, pourrait dire la nourrice (si l'équité et l'égalité étaient de ce monde); vous venez de vous assurer que je n'ai pas la syphilis, et je me suis laissé faire. Maintenant, s'il vous plaît, voyons un peu si le danger que vous redoutiez de moi, je n'ai pas à le craindre de vous. »

Mais la nourrice dit-elle cela, et peut-elle le dire, et se risquerait-elle à le dire? Non! Et pour de bonnes raisons qui se résument en ceci: c'est qu'elle est la plus faible, la plus pauvre, et, partant, qu'elle n'a qu'à se taire. Aussi prend-elle l'enfant sans souffler mot et s'en va-t-elle ainsi, trop heureuse encore de l'avoir, quel qu'il soit, et s'en va-t-elle *sans garantie* aucune, sans la moindre assurance que son nourrisson ne porte pas le germe d'une infection héréditaire.

Eh bien, ce que cette nourrice n'a pas osé dire, est-ce que la Société, parlant au nom de tous, parlant au nom de l'équité et de l'intérêt public, n'aurait pas le droit de le dire et de le réclamer pour elle? Est-ce que la Société ne pourrait pas imposer aux parents du nourrisson la contre-partie de l'obligation qu'ils ont imposée à la nourrice? Est-ce qu'elle ne pourrait pas exiger d'eux une *réciprocité* de garanties dans le contrat intervenu avec la nourrice? N'y aurait-il pas un moyen quelconque d'obtenir cette réciprocité, sinon toujours, au moins en certains cas, et pour un certain ordre de cas? C'est là ce que s'est demandé votre Commission, et nos efforts se sont dirigés en ce sens.

Aurons-nous abouti à quelque chose qui vous satisfasse pleinement, Messieurs? Nous n'osons l'espérer, car le problème est, croyons-nous, de ceux qui ne comportent guère la possibilité d'une solution pleinement et absolument satisfaisante. Mais, enfin, nous avons à vous proposer une mesure qui, si elle était adoptée, réaliserait, nous semble-t-il au moins, un progrès réel, une amélioration, une réforme utile dans l'état de choses actuel. Je m'explique.

Il n'est pas à espérer qu'on parvienne jamais à ériger en pratique générale l'obligation de garanties réciproques dont nous parlions à l'instant Et cela pour une raison bien simple, c'est que nous n'avons rien à voir dans tout contrat *privé* qui intervient entre une famille et une nourrice. Une nourrice consent à recevoir un enfant dans telle ou telle condition, sans garantie aucune, je suppose. Il lui plait de le recevoir ainsi, ou bien elle a confiance dans la famille qui le lui donne. Nous serions malvenus à exiger d'elle qu'elle exige une garantie de cette famille. En tout cas et sans même recourir à cet exemple extrême, il est de fait que les contrats privés échappent à toute surveillance administrative ou autre, et que la loi n'y permet aucune ingérence. De ceux-ci, donc, ne parlons pas, puisqu'ils nous échappent et nous échapperont toujours.

Mais il n'en est plus de même, notez-le bien, pour les contrats

(1) L'iodure de potassium figure déjà dans la nomenclature des « *médicaments d'infirmerie régimentaire.* » Serait-ce une bien grosse réforme que d'y introduire le mercure!

qui se font par l'intermédiaire des bureaux de placement. L'Administration, en effet, a la haute main sur les établissements de ce genre, depuis la loi du 23 décembre 1874. C'est elle qui leur confère ce qu'on appelle l'autorisation préalable, qui en surveille les agissements, les locaux, les conditions de salubrité, qui même y entretient un registre-journal, « lequel doit être coté et paraphé, à Paris et à Lyon, par le commissaire de police, et dans les autres communes par le maire », etc., etc. Ici, donc, il suffirait d'un arrêté préfectoral pour interdire aux nourrices qui viennent se louer dans ces établissements d'accepter un enfant dont la santé ne fût pas garantie par un certificat médical.

Eh bien, ne voilà-t il pas précisément la solution que nous cherchons? Nous ne voulons pas qu'un enfant soit confié sans garantie à une nourrice; or, cette garantie, nous tenons un moyen de l'exiger, et de l'exiger non plus au nom de la nourrice (les familles se moquent bien de la nourrice), mais d'une façon impersonnelle et bien plus imposante, c'est-à dire de par une *formalité légale* à remplir. En un mot et pour préciser actuellement, nous demandons qu'un arrêté préfectoral complète, sous la forme suivante, les obligations auxquelles sont assujettis les bureaux de placement :

Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical, certificat garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson.

Et quant à la teneur dudit certificat, nous la voudrions conçue à peu près dans les termes que voici :

« *Je soussigné, Docteur en médecine, demeurant à...,etc., certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant X.., auxquels je donne mes soins depuis... (préciser l'époque), soient affectés d'aucune maladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant.* »

Telle est du moins la formule à laquelle, non sans longues discussions et nombreux amendements, nous nous sommes enfin arrêtés et que nous vous proposons. Or, qu'arriverait-il, si l'obligation d'un tel certificat venait à passer dans la pratique ?

D'abord, nous ne supposons pas un seul instant qu'il puisse jamais se trouver un médecin qui, connaissant l'état syphilitique d'une famille, délivre à cette famille un tel certificat, au mépris de ses plus sacrés devoirs.

Nous ne voulons pas admettre davantage la coupable complaisance d'un médecin délivrant un certificat de ce genre à une famille jusqu'alors inconnue de lui. De sorte que, privées d'un certificat médical *obligatoire*, averties d'avance par leur médecin que ce certificat ne pourra leur être délivré, les familles syphilitiques, ou tout au moins bon nombre d'entre elles aboutiraient à faire ce qu'elles devraient toujours faire, c'est-à-dire garder leurs enfants chez elles et les allaiter au sein maternel.

On nous dira : « Mais ne voyez-vous pas que ces familles, ne pouvant trouver de nourrices dans les bureaux de la Préfecture, en chercheront ailleurs? — Oui, sans doute, répondrons-nous, cela pourra se faire. Mais d'abord il est moins commode de se procurer une nourrice directement que d'aller en prendre une dans un bureau de nourrices, et cette seule difficulté arrêtera bien des familles. Puis, nous avons un espoir, c'est que la protection conférée par le certificat médical attirera dans les bureaux un plus grand nombre de nourrices, et peut-être même, à la longue, les nourrices isolées, enhardies par l'exemple de leurs compagnes, en viendront-elles à réclamer pour elles la même garantie.

Toutefois, messieurs, nous ne nous faisons pas illusion sur la portée et la valeur de notre moyen prophylactique. Ce moyen, nous ne le présentons pas comme une sauvegarde absolue et générale, loin de là. Nous ne vous le donnons que pour ce qu'il vaut. D'abord, avons nous dit, il ne s'adresse qu'à une certaine catégorie de nourrices. Puis il n'est pas de ceux, comme nous venons de le voir, qu'avec un peu d'adresse on ne puisse éluder. Mais, en fin de compte, il ne sera pas inerte ; il réalisera forcément, croyons-nous, une certaine somme d'heureux résultats. Or, n'aboutirions-nous, de par lui, qu'à diminuer de 40 0/0. de 30 0/0, le chiffre des contagions qui sont transmises aux nourrices par les nourrissons hérédo-syphilitiques, ce sera là un résultat qui, bien qu'imparfait, n'est certes pas à dédaigner.

Somme toute, messieurs, nous étions acculés à deux alternatives : ou bien ne rien faire, en laissant subsister l'état de choses actuel, et vous savez ce qu'il vaut ; ou bien tenter — comment dirais-je? — un palliatif, une demi-mesure, un demi-moyen qui, tout en restant fort éloigné de la perfection, fût cependant susceptible de réaliser quelque bien, de constituer un progrès. Notre choix ne pouvait être douteux. Tel est, messieurs, le résumé des travaux de votre commission. Comme conclusion, permettez nous d'ajouter un dernier mot : ou votre commission s'illusionne absolument, ou du débat qui ne peut manquer de surgir ici relativement aux grandes questions que nous venons d'agiter devant vous résultera quelque chose d'utile à la cause publique. Jamais occasion plus solennelle n'a été offerte à la prophylaxie de la syphilis d'affirmer à la fois et son urgence, sa nécessité et ses imperfections, ses lacunes actuelles.

Si, nous pouvons quelque chose contre la syphilis, c'est le moment de le faire ou jamais. C'est le moment ou jamais de secouer la poussière du passé, d'abandonner les vieilles routines, d'en finir avec les systèmes usés, vermoulus, impuissants, et de tenter un effort nouveau, effort conforme à l'esprit moderne, effort digne de l'hygiène et de la science moderne, effort pouvant être fécond en heureux résultats.

Cours de garde-malades à l'Ecole d'enseignement pour les sages-femmes de la Maternité de Liège.

Ce cours a été créé ensuite de la décision du Conseil provincial de Liège, en date du 16 juillet 1886. Il est ouvert depuis cette année et M. Anten, docteur en médecine, en a été nommé titulaire. Le programme, dressé par la Commission médicale de la province et adopté par la députation permanente, est ainsi rédigé :

1° Il est institué à l'Ecole d'enseignement pour les sages-femmes un cours complémentaire, pour permettre aux élèves et aux sages-femmes d'acquérir un certificat de capacité de garde-malade.

2° L'enseignement comprend : *a)* Les soins de toute nature à donner aux malades et les secours à donner en cas d'accident, en attendant l'arrivée du médecin. — *Les lits et leurs accessoires.* Des coussins, des bassins. — *Les pansements.* Instruments nécessaires pour les pansements. Linges, charpies, coton, étoupe. — *Pièces de linges.* Compresses, bandes, liens, lacs, nœuds. Objets accessoires de pansements. — *Des médicaments topiques.* Topiques solides : cautères, cautérisation par la chaleur. Topiques liquides : imbibition, irrigation, glace, fomentations, liniments, teinture d'iode. Topiques liquides appliqués à l'intérieur, mais ne traversant pas le tube digestif : collutoires, dentifrices, gargarismes, collyres, injections, lavements, applications locales de l'éther et du chloroforme. Topiques mous : cérat, glycérine, glycérolés, pommades et onguents, emplâtres, agglutinatifs, collodion, cataplasmes, sinapismes, urtication, vésicatoires, hygiène de la chevelure, frictions. — *Les bains. Hydrothérapie.* Bains, douches. Des topiques gazeux : fumigations, pulvérisations, bains et douches de vapeur. — *Les bandages.* Règles générales. Bandages simples, bandages circulaires, obliques, spiraux, croisés en 8 de chiffres. Bandages composés, camisole de force, appareils de fractures. — *Pansements particuliers.* Pansement du séton. De la saignée, des sangsues, des ventouses, ventouses sèches, Junod, scarifiées. Traitement de la gale. Frotte. Moyens pour arrêter quelques hémorrhagies. hémostase, épitaxis, hémoptysie, métrorrhagies. *Les injections sous-cutanées. Cathétérisme chez la femme. Les escharres. Aliénés épileptiques, hystériques* : Conduite à tenir envers les aliénés, les épileptiques. Des accès d'épilepsie. Des attaques d'hystérie. De l'alimentation forcée. — *Rôle de l'infirmière pendant la visite du médecin :* Propreté des instruments. Manière de déshabiller les malades et les blessés. — *Pansement des plaies* : Rôle de l'infirmière pendant l'anesthésie. — *Des malades sans connaissance. De l'ensevelissement des morts. Des salles d'hôpital. De la chambre des malades. — Premiers soins* à donner en cas de maladies : épilepsie, congestions, syncopes, hémorrhagies, indigestion, coliques, etc. — *Premiers soins* en cas d'accidents : blessures, piqûres, brûlures, foulures, luxations, etc.

1° *Empoisonnement et asphyxie. Epidémies :* Moyens préservatifs.

2° *Exercices pratiques sur le mannequin. Quelques démonstrations auprès* des malades.

3° Le cours est de vingt leçons ; il sera donné les mercredis et les vendredis de 4 h. 1/2 à 6 heures à l'école d'enseignement, à partir du deuxième mercredi après Pâques.

4° Les leçons seront faites par un professeur nommé par la députation permanente sur la présentation de la commission médicale.

5° Le cours sera obligatoire pour toutes les élèves sages-femmes.

6° Indépendamment de la surveillance supérieure, qui appartient au département de l'Intérieur, la surveillance appartient à la députation permanente secondée par la Commission médicale de

la province. Le Comité d'inspection est le même que celui de l'école d'enseignement.

7° Les inscriptions seront reçues dans la première quinzaine de mars chez le secrétaire de la Commission médicale.

8° Les examens auront lieu à l'époque fixée par la Commission médicale qui désignera le Comité d'examen.

9° Ils comprendront une épreuve écrite qui durera deux heures et une épreuve orale et publique qui durera 40 minutes y compris la partie pratique.

Le programme de ces cours, comme on le voit, est semblable à celui des Ecoles municipales d'infirmières de Paris. Il a été dressé par MM. Wasseige et Romiée. Il montre que l'on s'occupe sérieusement en Belgique de l'enseignement professionnel des infirmières et des gardes-malades, et que, dans un temps assez rapproché, il sera possible de remplacer à Liège les religieuses par des laïques instruites.

Association Française pour l'avancement des sciences.

Informations et documents divers pour la dix-septième session du 29 *mars au* 3 *avril* 1888, *à Oran.*

Ainsi qu'il a été décidé à l'Assemblée générale de Nancy, l'Association française tiendra à Oran, en 1888, sa dix-septième session, sous la présidence de M. le colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des Arts et métiers.

Comité local. — L'organisation du Congrès à Oran est préparée par les soins d'un Comité local dont nous donnons ci-après la composition :

Président d'honneur : M. le Maire; *Président* : M. le docteur Mondot ; *Vice-Présidents* : M. Genty, ingénieur en chef des ponts et chaussées ; M. Demaeght, commandant en chef du recrutement; M. Baills, ingénieur en chef des mines ; *Trésorier* : M. Camenisch, directeur de la Banque ; *Secrétaire général* : M. le docteur Brégeat.

Membres : MM. Brunie, ingénieur ; Barreau, architecte de la ville ; Saurel, adjoint au maire ; Pousseurd, directeur de la compagnie du gaz ; Carrière, négociant, ancien élève de l'école des Hautes Études ; Cousin, chef du service de la voie à la compagnie Paris-Lyon-Méditerranée ; Viennot, directeur du syndicat viticole; Thomassini, docteur en médecine ; Farbiès, pharmacien de l'hôpital civil ; Baudeuf, commandant de gendarmerie ; Vincent (le docteur), à Alger ; Ali Mahi Eddin, interprète près le tribunal civil; Coudray, capitaine du port ; Feningre, ingénieur civil ; Bogros, avocat, adjoint au maire ; Jauffret, administrateur du journal *l'Écho d'Oran* ; Gramont, directeur du journal *le petit Africain* ; Monbrun, avocat ; Rouiré, avocat ; Siéyé, avocat ; Giroud (H.), avoué ; Hiraud (L.), avocat ; Lévy, docteur en médecine ; Bouty, garde mines ; Clausse, directeur du Crédit Lyonnais ; Moulin, directeur du Crédit Foncier ; Beynat, directeur de la Société Algérienne ; Combes, directeur de l'hôpital civil ; Paschalski, receveur municipal ; Séguy, docteur en médecine ; Rochefort (de), directeur de la compagnie transatlantique ; Fonteneau, docteur en médecine ; Garroby, secrétaire général de la Préfecture ; Alliot, inspecteur d'Academie ; Calmels, propriétaire ; Fouqué (L.), président du Conseil général ; Mestayen, avocat ; Zimmermann, directeur du journal *le Charivari Oranais* ; East, proviseur du lycée.

Programme général. — Le Congrès s'ouvrira le jeudi 29 mars 1888, et sera clos le mardi 3 avril. Il se composera : 1° d'une séance d'ouverture ; 2° de séances de Sections ; 3° d'une conférence publique ; 4° de séances générales ; 5° de visites scientifiques et industrielles ; 6° D'une excursion générale (le dimanche 1er avril). Enfin, des excursions diverses seront organisées à la suite du Congrès. Le programme détaillé des excursions sera donné dans le Bulletin n° 51 ; toutefois, nous pouvons dire dès à présent que le Comité local d'Oran étudie la possibilité d'exécuter des excursions dans les localités suivantes : Kléber, Eckmuhl, Santa-Cruz (Djebel Senito), Mers-el-Kebir, lac de la Sénia, Misserghin, Hammam-bou-Hadjar, El-Kçar, Beni-Saf, Aïn-Temouchent, Sidi-bel-Abbès, Tlemcen, Arzew, Mascara, Aïn-Sefra, etc.

Excursions à la suite du Congrès : Département d'Alger. — Les membres de l'Association qui passeront à Alger après le Congrès, trouveront tous les renseignements propres à leur faciliter des excursions dans le voisinage, en s'adressant à la Mairie d'Alger ainsi qu'il sera indiqué dans les imprimés distribués pendant la durée de la session.

Excursion dans l'Oued-Rir'. — Une visite aux *nouvelles oasis de création française dans l'Oued-Rir'* est à l'étude; elle conduira jusqu'à Tougourt. Le départ aura lieu vers le 10 avril de Biskra, où les membres auront à se rendre individuellement. Le trajet comportera trois étapes intermédiaires pour l'aller et autant pour le retour. La durée du voyage est évaluée à dix jours (retour à Biskra). Le montant des frais s'élève à 350 francs environ. Vu les difficultés d'organisation du voyage, l'excursion, qui sera absolument limitée en nombre, n'aura lieu que si on réunit en temps utile un nombre suffisant d'adhésions. Les membres qui désirent y prendre part sont donc priés, sans que cela constitue un engagement de leur part, à se faire inscrire au Secrétariat dans le plus bref délai possible. Dans le cas où le nombre des adhésions dépasserait la limite imposée par les conditions du voyage, les admissions auront lieu d'après l'ordre d'inscriotion. Le voyage ne présente aucun danger ; mais nous croyons devoir prévenir qu'il ne faut point s'attendre à trouver pendant l'excursion autre chose que le strict nécessaire, et que le confortable fera défaut à peu près complètement.

Exposition de Barcelone. — Les membres du Congrès, qui reviendront par l'Espagne, pourront visiter l'Exposition universelle de Barcelone qui, d'après toutes les prévisions, sera ouverte à cette époque.

Décentralisation : L'Université Lyonnaise.

On lit dans la *Province médicale*, de Lyon :

« Il y a quelques semaines, des professeurs appartenant aux quatre Facultés lyonnaises se sont réunis et ont projeté l'établissement d'un organe périodique, qui réunirait les travaux de l'Université lyonnaise tout entière. Ce projet, présenté à l'Assemblée des professeurs de toutes les Facultés, a reçu leur approbation et est entré en voie d'exécution.

« Le *Bulletin des Facultés de l'Université lyonnaise* sera rédigé par un Comité de seize membres, quatre par Faculté. Il paraîtra périodiquement et, au début, chaque trimestre. Il contiendra une analyse des travaux des professeurs et de leurs élèves, de tout ce qu'auront produit les thèses, les laboratoires, les cliniques, etc. Pour bien établir la fusion, les matériaux seront classés, non pas d'après la Faculté dont ils émanent, mais d'après leur nature. Un travail de chimie sera placé au chapitre « chimie », que son auteur appartienne aux sciences ou à la médecine ; certaines questions médico-légales seront inscrites au chapitre du droit.

« En fondant cet organe, l'Université lyonnaise a eu pour but de montrer à tous quelle somme de travail représente son action, quel rôle elle joue dans la vie intellectuelle du pays. Elle espère aussi que beaucoup de ses œuvres, systématiquement oubliées quand elle les confie aux Académies, aux journaux de la capitale, ne pourront passer inaperçues quand elles seront indiquées et analysées dans un recueil dont l'importance, la notoriété, le caractère presque officiel, s'imposeront à l'attention et au souvenir. »

Statistique médicale d'Athènes ; par le Dr P.-S. Pampoukis.

La mortalité est de 2,7 p. 100. Le tiers des décès est provoqué par les maladies infectieuses. En voici la statistique des plus fréquentes parmi elles :

Fréquence relative de la mortalité par maladies infectieuses.

	1883	1884
Tuberculose	11,6 p. 100	12,3 p. 100
Pneumonie.	7,3 —	7,8 —
Fièvre typhoïde . . .	2,9 —	2,2 —
Diphthérie.	2,9 —	1,4 —
Fièvres pernicieuses. .	0,8 —	0,7 —
Méningite épidémique.	0,9 —	1,2 —
Croup	0.9 —	1,0 —
Coqueluche	0.8 —	0,4 —

D'après cette statistique, nous voyons clairement que, parmi les maladies microbiennes, la *tuberculose* occupe à Athènes le premier rang, causant le neuvième des décès dus aux diverses maladies et le *tiers* des décès dus aux maladies infectieuses. Quant à la fréquence de la tuberculose par mois, il est à observer qu'à partir du mois de novembre jusqu'au mois de mars, la mortalité a été un peu plus élevée. Pendant l'année 1883, a sévi une épidémie de *variole*. Parmi les 107 décès qu'elle a causés, les 79 appartiennent à deux mois seulement : à janvier et à février. Quant à la *méningite épidémique*, nous faisons observer que, dans 44 décès, 5 seulement appartiennent au sexe féminin. La *fièvre typhoïde* est presque endémique à Athènes, se manifestant par des cas isolés dans toute l'année. Les épidémies de fièvre typhoïde sont rares à Athènes. Nous pouvons en dire autant de la *diphthérie*. La *scarlatine* y est exceptionnelle. Actuellement, il y a une légère épidémie. La *rougeole* est très fréquente à Athènes; mais elle n'est pas mortelle comme l'ont été, dans l'armée, presque toutes les épidémies qui y ont sévi.

	1883	1884
Mortalité relative des maladies des voies digestives	12,6 p. 100	23,0 p. 100
Mortalité relative des maladies du cœur	4,0 p. 100	4,2 p. 100
Mortalité relative des maladies des voies urinaires	2,3 p. 100	2,2 p. 100
Mortalité relative des maladies du foie	1,5 p. 100	
Mortalité relative des bronchites	4,0 p. 100	4,7 p. 100
Mortalité relative des cancers		2,0 p. 100

La mortalité par les maladies des *voies digestives* occupe le quart des décès. Presque la moitié des décès est due à l'athrepsie des nouveau-nés. Les autres décès sont dus au catarrhe intestinal ou gastro-intestinal et à la dysenterie. Les *catarrhes intestinaux* commencent au mois de mai ; ils s'accentuent aux mois de juillet et d'août; puis ils diminuent proportionnellement jusqu'au mois de décembre. Les catarrhes *gastro-intestinaux* suivent la même marche. Les décès par *dysenterie* ont eu leur plus grande intensité aux mois de septembre, d'octobre et de novembre. Parmi les décès dus aux maladies du *foie*, prédominent surtout les cas de cirrhose, d'abcès et de cancer.

Parmi les 3,912 décédés, *sept* seulement ont dépassé l'âge de 100 ans; 1 a vécu jusqu'à l'âge de 120; 1 jusqu'à 117 ans; les autres, 105 ans. Enfin, il y eut *dix* suicides et empoisonnements par le mercure et l'acide nitrique.

Ayant étudié les observations quotidiennes de l'Observatoire d'Athènes, nous avons tiré les résultats suivants : *a)* La pression moyenne, à Athènes, est de 751. *b)*. La température moyenne est de 17°. Le maximum de la température de 33°. *c)* La plus grande chaleur a été constatée au mois de *juillet*, le thermomètre ayant marqué en moyenne 28°,8. Puis viennent les mois de *juin* avec 26°,5 et le mois de *septembre* avec 25°,8. La plus basse température a été observée au mois de *février* + 7° et de *janvier* + 9°. *d)* Dans la plupart des jours de l'année, on ne voit pas de *pluie*. C'est à peine s'il pleut dans le *tiers* de l'année. La quantité moyenne d'eau a été 70 millimètres. e) En résumant tous les tableaux des vents, nous voyons que ce sont surtout les vents du Sud et du Nord qui y prédominent. En voici les chiffres :

1883.	— S. . . .	112 jours.	1884. — N. . . .	110 jours.
—	— N. . . .	87 —	— — S. . . .	98 —
—	— N.-E. .	67 —	— — N.-E. .	54 —
—	— S.-O. .	49 —	— — S.-O. .	39 —

Le vent du N. prédomine surtout de novembre à janvier. Le vent du S., de mars à mai. Le vent de N. E., de juillet à octobre inclus. Nous devons tous ces renseignements aux statistiques mensuelles de 1883 à 1884 de la ville d'Athènes (70,000 habitants), que publie notre ami et confrère M. B. Patrikios, le secrétaire du conseil supérieur de santé, à Athènes.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 23. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Marc Sée, Rémy, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Reclus, Ribemont-Dessaignes ; — (2e *Série*) : MM Guyon, Segond, Jalaguier ; — (3e *Série*) : MM. Delens, Budin, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Déjérine.

MARDI 24. — 1re *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Pouchet, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Schwartz. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Hutinel. — 5e *de Doctorat* : (1re partie) (Charité) (1re *Série*) MM. Duplay, Panas, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Tarnier, Bouilly ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Legroux, Hanot.

MERCREDI 25. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Ollivier, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Budin, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Brissaud, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Marc Sée, Jalaguier, Ribemont-Dessaignes; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Damaschino, Déjérine. Fournier, Joffroy, Landouzy.

JEUDI 26. — (Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Panas, Peyrot, Brun. — 2e *de Doctorat* (2e partie) MM. Mathias-Duval, Fernet, Quinquaud. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Ballet. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. G. Sée, Raymond, Troisier ; — (2e *Série*) : MM. Bouchard, Proust, Joffroy.

VENDREDI 27. — (Epreuve pratique). Médec. opér. : MM. Guyon, Kirmisson, Segond. — 3e *Officier de santé* (Charité) : MM. Trélat, Jalaguier, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Marc Sée, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Potain, Chauffard, Déjérine.

SAMEDI 28. — (3e *Officier de santé*) (Hôtel-Dieu) : MM. Cornil, Bouilly, Brun. — : 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Polaillon, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Peyrot, Quenu.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 24. — M. Mouchet. Endométrite. — M. Planchard. Anémie pernicieuse. — *Mercredi* 25. — M. Vivien. Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation de l'épaule. — M. Engelbach. Tumeur de la prostate. — *Jeudi* 26. — M. Nourric. Névralgie brachiale double. — M. Rendon. Fièvres de surmenage. — M. Perchet. De l'arthrite blennorrhagique (Etiologie et pathogénie). — M. Blanc. Du traitement des ulcères variqueux par le sulfate de cuivre. — M. Leriche. Contribution à l'étude des anévrysmes artério-veineux des vaisseaux poplités. — *Vendredi* 27. — M. Macovey. Contribution à l'étude des principales sources d'eaux minérales de Roumanie. — M. Dinitch. Le képhir ou champagne lacté du Caucase. — M. Raymond. L'urticaire pigmentée. — *Samedi* 28. — M. Belin. Adénopathies externes. — M. Budor. Oblitérations des artères cardiaques. — M. Lahaye. Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'urèthre chez la femme. — M. Lin-Abdel-Kader. Etude sur les différents traitements de la kératite à hypopyon.

Enseignement médical libre.

Cours de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours le lundi 30 janvier, à 4 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes tous les exercices. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de midi et demie à une heure et demie.

FORMULES

III. Traitement de la laryngite catarrhale chronique.

III. 1° Tisane de bourgeons de sapin (10 grammes pour un litre d'eau).

2° Eau sulfureuse, le matin (Enghien, Eaux-Bonnes, la Raillière).

3° Inhalations de goudron au moyen de la goudronnière.

4° Pansement intra-laryngien avec la solution suivante :

Chlorure de zinc.	1 gramme.
Eau distillée	30 grammes.

F. s. a. pour usage externe. (*Nouv. Rem.*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 8 janvier 1888 au samedi 14 janvier 1888, les naissances ont été au nombre de 1152, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 420 ; illégitimes, 158. Total, 578. — *Sexe féminin :* légitimes, 418 ; illégitimes, 156. Total, 574.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 janvier 1887 au samedi 14 janvier 1888, les décès ont été au nombre de 1127, savoir : 580 hommes et 547 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 19, F. 14. T. 33. — Variole : M 4, F. 4, T. 8. — Rougeole : M. 4, F. 5. T. 9. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 4. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 16 F. 8, T. 24. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 109, F. 70. T. 179. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 12. T. 23. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 35. T. 54. — Méningite simple : M. 16, F. 9. T. 25. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 34, F. 24. T. 58. — Paralysie : M. 0, F. 0 T. 0. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 8. T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 54. T. 81. — Bronchite aiguë : M. 21, F. 27 T. 48. — Bronchite chronique : M. 21, F. 35. T. 56. — Broncho-Pneumonie : M. 18, F. 25. T. 43. — Pneumonie M. 39, F. 42. T. 81. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 13. T. 35. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 12. T. 25.

— Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1. T. 2.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6. T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 18. F. 9, T. 27. — Sénilité : M. 15, F. 19. T. 34. — Suicides : M. 14, F. 3 T. 17.—Autres morts violentes : M. 10. F. 4. T. 14. — Autres causes de mort : M. 119 F. 90. T. 209. — Causes restées inconnues : M. 2. F. 6. T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 77, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 27, illégitimes, 12. Total : 39. — *Sexe féminin* : légitimes, 29; illégitimes, 9. Total : 38.

ECOLE DÉPARTEMENTALE D'INFIRMIERS ET D'INFIRMIÈRES DE L'ASILE CLINIQUE (*Sainte-Anne*). (Sixième année). — Les cours de sixième année scolaire commenceront le lundi 23 janvier 1888, à deux heures du soir, dans l'amphithéâtre d'admission, et se continueront les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure. — *Programme pour l'année scolaire* 1887-1888 : *Hygiène* : Professeur, M. le Dr DUBUISSON ; — *Pansements et appareils* : Professeur, M. le Dr PICQUÉ ; — *Physiologie* : Professeur, M. le Dr VALLON ; — *Anatomie* : Professeur, M. le Dr PICHON ; — *Petite pharmacie* : Professeur, M. THABUIS, pharmacien en chef de l'Asile de Vaucluse ; — *Administration* : Professeur, M. le Dr TAULE. — Les personnes étrangères à l'Etablissement qui désireront suivre ces *cours gratuits* devront se faire inscrire tous les jours, de 10 heures à 4 heures, à la Direction de l'Asile.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — Un concours pour une place d'aide d'anatomie à cette Ecole sera ouvert le 19 mars 1888. Le registre sera clos le 15 mars.

ECOLE DE MÉDECINE MILITAIRE. — L'École de santé militaire va être créée à Lyon. Le conseil municipal de cette ville a autorisé l'administration à s'occuper de cette affaire.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine et en chirurgie pour l'année* 1888.—MM les élèves actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition, dans les établissements de l'Administration pour l'année 1888. En conséquence MM. les élèves devront se présenter au Secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes, de 2e, 3e et 4e année, le mardi 24 janvier, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, 3. De 1re année et à MM. les internes provisoires, le mercredi 25 janvier, à une heure et demie. A MM. les élèves externes, de 2e et 3e année, le jeudi 26 janvier, à une heure. De 1re année : première moitié de la liste, le vendredi 27 janvier, à une heure ; deuxième moitié, le samedi 28 janvier, à une heure.

Mutations. — M. le Dr MARCHANT, chirurgien des hôpitaux, qui devait passer de Saint-Antoine à Lariboisière, en remplacement de M. Benjamin Auger, conserve son service de Saint-Antoine. M. Peyrot, auquel ce dernier service était échu, passe, en conséquence, à Lariboisière.

Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes au 1er juillet 1888 *dans les hôpitaux et hospices de Paris*. — Le jeudi 15 mars 1888, à deux heures précises, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47, un Concours pour la nomination aux places d'élèves en pharmacie vacantes dans les Hôpitaux et Hospices. — Les élèves qui désirent prendre part à ce Concours devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mercredi 1 février 1888, et fermé le mercredi 29 février 1888, à trois heures.

Concours de l'externat — Les dernières questions traitées ont été les suivantes : *Signes et diagnostic de la scarlatine normale; — Cathétérisme de l'urèthre; — Vaccination et vaccin.*

Concours de l'Internat. — Les questions données ces jours derniers à l'épreuve orale ont été : *Glande mammaire et abcès du sein ; — Rapports de la vessie ; symptômes et diagnostic des calculs vésicaux ; — Vaisseaux sanguins du rectum ; cancer du rectum.*

HÔPITAUX DU HAVRE. — M. le Dr LAFOSSE a été nommé médecin-adjoint des hôpitaux du Havre.

HOSPICE POUR LES AVEUGLES. — M. Emile TRÉLAT, professeur à l'Ecole d'architecture, vient d'obtenir le no 1 sur 35 concurrents pour un plan de l'hôpital Saint-Victor fondé pour les aveugles par un legs de M. Carmel de Sauvellé.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. *Conférences de* 1888. — Les membres de l'Association qui désirent assister à ces conférences sont priés de retirer leurs cartes au Secrétariat, 28, rue Serpente, de 9 heures du matin à 5 heures du soir, à partir du 15 janvier. Les membres fondateurs et les membres perpétuels qui le demanderont pourront avoir des places numérotées ; mais on en disposera si elles ne sont pas occupées dix minutes avant l'ouverture de la séance. Pour cette année, deux personnes seront admises sur la présentation d'une carte. Des cartes gratuites, valables pour une séance, seront délivrées au Secrétariat dans la semaine qui précédera chaque conférence ; elles seront accordées de préférence aux personnes dont les demandes seront appuyées par un membre de l'Association. On ne sera admis dans la salle de la conférence que sur la présentation des cartes spéciales délivrées cette année.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard sont séparées. M. le Dr PATE est nommé directeur de l'asile de Ville-Evrard et placé dans la troisième classe de son grade (5.000 fr.). MM. les Drs Rey et Marandon de Montheyl sont nommés médecins en chef de l'asile de Ville-Evrard. — M. le Dr Donnet est nommé médecin-directeur de l'asile de Vaucluse.

EXERCICE ILLÉGAL DE LA PHARMACIE. — Le tribunal de Bourgoin vient de condamner, pour exercice illégal de la pharmacie, les Sœurs trinitaires de Saint-André-du-Gaz, à 500 francs d'amende et 100 francs de dommages-intérêts envers le syndicat des pharmaciens du Dauphiné et de la Savoie, qui s'était porté partie civile.

FIÈVRE TYPHOÏDE A PARIS. — En ce moment les cas de fièvre typhoïde sont assez fréquents à Paris et paraissent en général assez graves. La mortalité est plus considérable que d'habitude. Dans les hôpitaux d'enfants il y a un certain nombre de décès ; on sait que cette maladie est presque toujours moins dangereuse dans le jeune âge.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE. *Prix Ernest Godard en* 1888. — Conformément aux termes du testament d'Ernest Godard, la Société de Biologie décernera, à la fin de l'année 1888, un prix de 500 fr. au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur un sujet se rattachant à la Biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix n'aura pas été donné, il sera ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard. Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre ; passé cette date, ils ne seront plus admis au concours.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr BODELIO (de Lorient) ; — M. le Dr MITTRE (de Marseille) ; — M. le Dr RAGEOT DE LA TOUCHE (de Douarnenez) ; — M. le VANZETTI (de Padoue) ; — M. le Dr SOUVENKALL, professeur à l'université de Lepzig ; — M. le Dr J.-A. LAGET, médecin-major ; — M. le Dr BLANC, d'Anduze ; — M. le Dr SAVORNIN père, de Paris ; — M. le Dr A. LUINI, de Lugano ; — M. le Dr G. WERTHEIM, professeur extraordinaire de dermatologie et syphiligraphie à la faculté de médecine de Vienne; — M. le Dr SALVATORE FAVARDOLO, professeur d'anatomie à la faculté de médecine de Naples.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

EN VENTE A LA LIBRAIRIE DU PROGRÈS MÉDICAL 14, rue des Carmes.

BOURNEVILLE : Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner le projet de loi ayant pour objet L'UTILISATION AGRICOLE DES EAUX D'ÉGOUT DE PARIS ET L'ASSAINISSEMENT DE LA SEINE.— Chambre des députés. Session de 1886.— Un beau volume in-4° de 221 pages avec 7 plans et cartes, prix. . . 5 fr.

LADAME (Dr). — Procès criminel de la dernière sorcière brûlée à Genève le 6 avril 1652, publié d'après des documents inédits et originaux conservés aux archives de Genève. (*Sixième volume de la collection Bourneville*). Bibliothèque diabolique).Un volume in-8 de 60 pages. — Prix : 2 fr. 50..., pour nos abonnés, 1 fr. 75) (nº 1 à 50, papier Japon), prix : 5 fr., pour nos abonnés, 4 francs — (nº 51 à 100, papier parcheminé, prix : 3 fr. 50, pour nos abonnés, prix : 2 fr. 75.

PINON. — *Administration et comptabilité hospitalière.* — Quatrième volume du manuel pratique de la garde malade et de l'infirmière, publié par le Dr Bourneville avec la collaboration de MM. Blondeau, de Boyer, Ed. Brissaud, Budin, H. Duret, G. Maunoury, Monod, Poirier, Ch. H. Petit-Vendol, P. Regnard, Sevestre et P. Yvon. 1 volume in-18 de 102 pages, 1 fr. 50 c., pour nos abonnés, 1 franc.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

PILLIET (A.), Sur l'évolution des cellules glandulaires de l'estomac chez l'homme et les vertébrés. Brochure in-8 de 35 pages, avec une planche hors texte. (Extrait du *Journal de l'anatomie*, Septembre-octobre 1887).

MEURER (L). — Des amputations à lambeaux cutanés. Brochure in-8 de 80 pages. — Lyon, 1887. — Typographie J, Gallet.

REVERDIN (J.-L.) et MAYER (A.). Recueil de faits (deuxième année). Observations cliniques. Examens histologiques. Brochure in-8 de 52 pages. — Genève, 1886. — Imprimerie Ch. Schuchardt.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

CAZIN et ISCOVESCO (H.). — Des rapports du rachitisme avec la syphilis. Volume in-8° de 83 pages.

MOREAU (L.). — Conférences d'anatomie pathologique (26 et 29 mars 1887). Brochure in-8° de 23 pages. — Alger, 1887. — A. Jourdan.

RAPPIN (G.). — Recherches sur l'étiologie des tumeurs malignes. Brochure in-8° de 22 pages et une planche. — Nantes, 1887. — Imprimerie du commerce.

SECRÉTAN (L.). — Un cas d'épanchement chyliforme du péritoine. Brochure in-8° de 56 pages. Extrait de la *Revue médicale de la Suisse Romande*. — Genève, 1887. — H. Georg.

LANDON CARTER GRAY. — Syphilis of the nervous system and its treatment. Brochure in-18 de 18 pages. Extrait du *The medical news*, 1887. — Louisville (U. S.).

MASSALONGO (R.). — Etiologia e patogenesi delle broncopneumoniti acute. Brochure in-8° de 10 pages. — Naples, 1887.— F. Vallardi.

MORSELLI (E.). — Manuala di semejotica delle malattie mentali. Volume in-18 de 440 pages, avec 63 figures. — Naples, 1885. — F. Vallardi.

ROSCIOLI (R.). — Due casi di lesioni dei peduncoli cerebrali. Brochure in-8° de 15 pages. — Nocera inferiore, 1885. — Manicomio interprov.

ROSCIOLI (R.). — Un caso di emiatetosi (con sezione cadaverica). Brevi considerazioni sulla natura di essa. Brochure in-8° de 11 pages. — Napoli, 1887. — Tipografico A. Tocca.

ROSCIOLI (R.). — Emiatrofia cerebrale con consecutive imbecillità ed emiplegie, studio clinico ed anatomo-patologico. Brochure in-8° de 30 pages, avec une planche hors texte. — Nocera inferiore, 1886. — Manicomio interprov.

SOLIS-COHEN (J.). — Description of a Modified Laryngectomy. Brochure in-8° de 5 pages. — New-York, 1887. — Chez l'auteur : 1431, Walnut st., à Philadelphia.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

CHARLES (N.). — Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège. Partie physiologique, eutocie. Partie pathologique, dystocie. 2 volumes in-8 de 505 pages, avec 285 figures. — Prix : 15 fr.

ARCHAMBAULT. — Pièce de 50 centimes, tombée dans le larynx. Brochure in-8° de 10 pages. — Paris, 1887. — G. Chamerot.

PEZZER (DE). — De l'uréthrotomie interne chez l'enfant, de la courbure à donner au conducteur de l'uréthrotome. Brochure in-8 de 9 pages.

PRUNIER (L.). — Les quinquinas. — Histoire naturelle, chimie et pharmacologie. Brochure in-8° de 36 pages.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

ETIENNE (A.). — Ruptures de l'urèthre chez l'homme et leur traitement. Brochure in-8 de 68 pages. — Prix : 2 fr. 50

HUGUET. — Traité de pharmacie théorique et pratique. Volume in-8 de 1230 pages, avec 430 figures. — Prix : 18 fr.

PEYTOUREAU (A.). — La glande pinéale et le troisième œil des vertébrés. Brochure in-8 de 71 pages. — Prix : 2 fr. 50,

RITTI (A.). — Eloge de J. Moreau (de Tours), lu à la séance annuelle de la Société médico-psychologique du 25 avril 1887. Brochure in-8 de 47 pages. — Prix : 1 fr.

SELLE. — Le Guide maternel ou l'hygiène de la première enfance. Volume in-18 de 84 pages. — Prix : 1 fr. 50.

Librairie J. ROTHSCHILD, 13, r. des Sts-Pères.

COUTANCE (A.). — Venins et poisons. — Leur production et leurs fonctions pendant la vie. — Dangers et utilité pour l'homme. Un volume in-8° de 420 pages. — Prix : 10 fr.

DUFOUR (L.). — A travers un siècle (1780-1885). — Science et histoire. Un volume in-8° de 348 pages. — Prix : 10 fr.

PARVILLE (H. de). — Causeries scientifiques. Découvertes et inventions, progrès de la science et de l'industrie (1886). Un volume in-18 de 362 pages. — Prix : 3 fr. 50.

BOURNEVILLE and BRICON. — Manual of hypodermic medication. Translated from the second edition, with additions by CURRIE (A.-S.). Volume in-8° de 304 pages, avec 17 figures. — London, 1887. — H. K. Lewis.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

FRAIPONT (F.)—Du tamponnement de l'utérus par la gaze iodoformisée comme moyen hémostatique. Brochure in-8° de 6 pages. — Liège 1887. — Imprimerie H. Vaillant-Carmonne.

FRAIPONT (F.), — Du traitement des fractures de l'olécrane. Brochure in-8° de 7 pages. — Liège, 1887. — Imprimerie H. Vaillant-Carmonne,

LANZILLOTTI-BUONSANTI. — L'indirizzo e il metedo nell'insegnamento della anatomia veterinaria, Brochure in-8° de 32 pages. — Milan, 1887. — Tipografia P. Agnelli.

MAZOTTI (L.) — Ramollissemento dei peduncoli cerebrali in un caso di paralisi agitante. Brochure in-8° de 7 pages. — Bologna, 1887. — Ospedale-Maggiore.

MAZZOTTI (L.) Utilita delle docciature a pioggia nella cura della corea minori. Brochure in-8° de 14 pages. — Bologna, 1887. — Ospedale Maggiori.

STOKVIS (B.-J.). — Nationaliteiten Naturwetenschap. Rede tot opening van het eerste Nederlandsch natuuren Geneeskundig congren. Brochure in-8° de 32 pages. — Harlem, 1887. — De Erven F. Bohn.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE, — M. CHARCOT a repris le 10 janvier ses leçons du mardi et recommencera ses leçons du vendredi, le 20 janvier.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. BUDIN, samedi et mardi à 9 heures du matin.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.—*Thérapeutique infantile* : M. Jules SIMON, mercredi à 9 heures. — *Pathologie et clinique médicale infantile* : M. DESCROIZILLES, le vendredi à 9 heures. —*Clinique médicale* : M. le Dr OLLIVIER, le lundi à 9 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, jeudi à 9 heures.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Maladies nerveuses et mentales* : M. le Dr MAGNAN, dimanche et mercredi, à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 4. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 28 JANVIER 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr **CHARCOT**.

Arthralgie hystéro-traumatique du genou ;

Leçon recueillie par M. **Paul BLOCQ**, interne du service (1).

Messieurs,

La jeune malade que j'ai fait placer sous vos yeux nous fournira l'occasion de vous signaler certaines difficultés dans le diagnostic des maladies des jointures, lesquelles seraient vraiment insurmontables sans la connaissance introduite seulement dans la pratique depuis une cinquantaine d'années, et encore bien peu répandue, des affections nerveuses, *sine materia*, des articulations.

Voici de quoi il s'agit. — Cette jeune fille est tombée sur le genou gauche il y a sept mois, et depuis cette époque elle n'a cessé de souffrir de cette articulation qui a été gonflée dès l'origine et qui l'est encore ; j'ajouterai qu'à la suite de cet accident elle est restée alitée presque constamment. Un examen rapide vous donnera certainement l'impression d'une maladie grave de la jointure. Il y a en effet plusieurs mois que cela dure. Le genou présente une forme globuleuse et paraît tuméfié. Les fossettes péri-rotuliennes sont effacées. Y a-t-il hydarthrose ? La douleur occasionnée par l'exploration ne permet pas de se renseigner à cet égard. La peau de la région est rouge et luisante ; la température locale est plus élevée que du côté opposé. L'article, en demi-flexion, repose sur sa face externe, comme cela se voit dans les accidents inflammatoires graves ou dans les arthrites fongueuses du genou. De même les muscles de la jambe comme ceux de la cuisse, et en particulier le biceps, sont manifestement atrophiés. Enfin on provoque des douleurs vives soit par la pression, soit par le moindre mouvement imprimé à la jointure. En résumé, tous les signes constatés dans ce premier examen plaident en faveur de l'existence d'une affection matérielle sérieuse de l'articulation. Il semble qu'il s'agit d'arthrite chronique, et que l'on ne saurait varier d'opinion que sur les détails.

Eh bien, Messieurs, je me propose cependant de vous démontrer que ce n'est là qu'une apparence. Il n'existe ni arthrite, ni lésion matérielle appréciable dans la jointure elle-même ; la rougeur et l'empâtement sont le fait d'une affection de la peau et du tissu cellulaire souscutané déterminée par l'application de topiques prescrits par le médecin. Mais la douleur vive du genou, et sa position vicieuse, ce signe des lésions articulaires graves, me direz-vous ? Ce sont là les conséquences d'une affection toute dynamique, d'une névrose, névrose douloureuse articulaire. — Etes vous donc certain, demanderez-vous, qu'il n'existe rien dans la jointure, ni liquide, ni craquements ? — Oui, j'en suis sûr. J'en ai acquis la certitude, je vous dirai tout à l'heure dans quelles circonstances.

Donc je vais entreprendre de vous démontrer régulièrement que non-seulement il ne s'agit pas d'une arthrite grave, mais encore qu'il n'y a réellement pas, que peut-être il n'y a jamais eu d'inflammation notable de la jointure, bien que le membre ait été immobilisé pendant deux mois dans un appareil plâtré, et couvert de vésicatoires et de topiques de tous genres.

Tout d'abord, il y a sept mois que la chute a eu lieu. La tuméfaction, la douleur, l'attitude vicieuse, l'atrophie du membre persistent et font songer, il est vrai, à une arthrite, mais il n'y a pas de fièvre, pas d'émaciation et l'état général ne présente, en somme, rien d'inquiétant. Ce n'est pas que le sujet ne se ressente pas des suites de l'affection locale, mais il souffre d'une maladie d'un certain genre qui n'a aucun rapport avec cette fièvre hectique, ce marasme qui accompagnent généralement les arthropathies graves et de longue durée.

Et précisément, ces phénomènes qui sont d'ordre nerveux, nous rendront évident, lorsqu'ils auront été étudiés méthodiquement, qu'il existe chez le sujet un élément névropathique des plus accentués. Cela ne prouvera pas absolument que tout est névropathique chez lui, même l'affection de la jointure, mais cela donnera à cette assertion une certaine vraisemblance, et il ne me restera qu'un pas à faire pour le démontrer complètement.

Voici tout d'abord l'historique du cas : Cette jeune fille a 22 ans. Sa mère était rhumatisante et diabétique, c'est le lieu de constater encore une fois les relations qui existent entre la famille arthritique et la famille névropathique. Elle-même a été chlorotique et mal réglée pendant 3 ans, de 17 à 20 ans. Je vous rappelle que Sydenham avait déjà remarqué les liens qui unissent l'hystérie et la chlorose. « ..... *Chlorosin, sive febrim atlbam, quam quidem speciem esse affectionis hys ericæ nullus Dubito....* (1). » Il y a un an, six mois avant la chute elle eut une pneumonie ; on peut trouver dans cette cause débilitante l'occasion du développement des accidents qui suivirent. En effet, pendant sa convalescence, elle fut prise de névralgie faciale droite, à paroxysmes périodiques, puis de vomissements et d'hématémèses. On reconnut alors la nature hystérique de l'affection, et on prescrivit un traitement hydrothérapique. Lors de la première douche (le jet a-t-il été projeté sur la plaque hystérogène dorsale ?) survient une attaque, et la chute sur le genou ; cela il y a sept mois.

A la suite de cet accident, la jointure est un peu gonflée, mais la malade peut marcher, ce qui prouve qu'il n'existait pas d'arthrite profonde. On applique de la teinture d'iode. Mais cela va de mal en pis : la douleur devient excessive, il s'y joint de la contracture, enfin la malade ne peut plus ou ne veut plus marcher. On pense alors sans doute qu'il s'agit d'une affection articulaire sérieuse et menaçante pour l'avenir ; on donne le chloroforme, on redresse le membre et on l'immobilise dans un appareil plâtré. Mais, au bout de deux mois, la jointure restant encore gonflée et aussi douloureuse qu'avant, on retire l'appareil ; immédiatement le genou reprend son attitude. Voilà donc une tentative avortée.

(1) Leçon faite le 23 décembre 1887.

(1) *Syd. opera. Diss. Epistol. ad guisi. cole... de affectione hysterica*, t. I., p. 266, 1657.

Tout cela, Messieurs, est fort instructif déjà. Evidemment le sujet est hystérique, cela est certain, et sera beaucoup mieux démontré encore tout à l'heure, car nous n'avons pas affaire à une hystérie vague, mais à une hystérie nettement formulée. On a dû s'en apercevoir, mais comme il y a des douleurs et du gonflement, l'idée d'arthrite s'impose, on néglige l'élément hystérique, on le place en seconde ligne, et l'on continue toujours le traitement local. On applique un vésicatoire puis différents topiques.

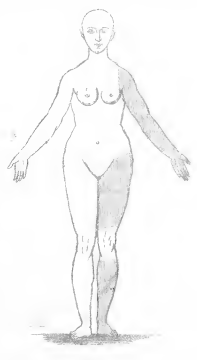


Fig. 7.

Les choses s'aggravent néanmoins, on ne sait à quel saint se vouer, les uns disent blanc, les autres disent noir, et l'on se décide un jour à venir nous consulter.

Nous trouvons le genou dans l'état que j'ai décrit en commençant, car tous les signes persistent encore aujourd'hui. Au reste, je laisse pour le moment les conditions de l'état du genou, j'y reviendrai dans un instant. Actuellement je dirige l'examen dans le but de recueillir, s'il y a lieu, le plus de renseignements possible propres à bien établir l'*intensité*, si je puis ainsi dire, de l'élément hystérique chez le sujet.

Nous avons noté déjà qu'il existe des attaques avec perte de connaissance, spasme labié, secousses dans la tête. Nous allons maintenant constater des stigmates très caractéristiques. Il n'y a pas d'hémianesthésie gauche, mais une parésie avec anesthésie en manchon du bras gauche ; il y a aussi une douleur ovarienne du côté gauche. Le pharynx est anesthésié ; quant au champ visuel il est considérablement rétréci à gauche, à droite il y a amaurose, c'est là une petite anomalie, les troubles moteurs et sensitifs étant localisés du côté gauche. On observe enfin une plaque hyperesthésique dorsale; on ne peut toucher la région spinale au niveau des 3e, 4e, 5e, 6e vertèbres dorsales sans déterminer des sensations pénibles rappelant les prodromes de l'attaque.



Fig. 8.

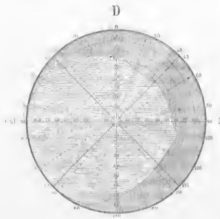


Fig. 9. — Amaurose.

G

Fig. 10. — Rétrécissement considérable du champ visuel.

Concentrons maintenant notre attention sur le membre inférieur gauche. Il présente une anesthésie systématique respectant la région du genou; au pied on peut constater la perte du sens musculaire. De plus, il est parésié et contracturé; il est impossible à la malade comme à nous-même d'imprimer des mouvements de

la jambe sur la cuisse. Tout cela existe dans l'arthrite comme aussi l'atrophie ; et ici, les idées d'arthrite nous reviennent. Ne pourrait-il s'agir de lésion articulaire hystérico-organique? Je vous ai déjà parlé de la possibilité de cette combinaison à propos de la coxalgie (1); n'en serait il pas ainsi pour ce genou, alors même que nous constatons l'hyperesthésie superficielle, puisqu'il est en même temps rouge, gonflé et chaud?

Ainsi donc, la malade est hystérique, c'est vrai, et l'hystérie imprime à l'affection articulaire quelque chose de spécial : une contracture plus prononcée, une douleur superficielle hystérogène (signe de Brodie). Mais, je ne puis pas ne pas tenir compte de cette rougeur et de cette chaleur, malgré le contraste qui existe entre l'état local et l'état général. Il s'agirait donc d'une affection hystéro-organique et non purement hystérique; dès lors, ce n'est plus seulement le pronostic de l'hystérie qui est en jeu, et nous ne traiterons pas la seule névrose, mais il nous faudra louvoyer et considérer les deux éléments à la fois.

Cela n'est guère en rapport avec ce que j'affirmais en commençant. Est-ce donc que chemin faisant j'ai réfléchi devant l'évidence des signes, et que je serais conduit à faire amende honorable? Me serais-je avancé imprudemment sans preuves suffisantes?

Non, Messieurs, je puis prouver que l'opinion qui exclut toute lésion organique articulaire est absolument légitime. J'ai prié mon collègue, M. Terrillon, de venir m'assister pour ce diagnostic, et tous deux nous sommes tombés d'accord qu'on ne pouvait décider en dernier ressort que par l'intervention du chloroforme. La malade a donc été chloroformée, et cela sans difficulté, contrairement à ce qu'on observe souvent chez les hystériques. L'insensibilité se produisit avant la résolution de la contracture, ce qui montre que celle-ci n'était pas volontaire, puis la résolution survint. On put constater alors que la jointure était parfaitement mobile, qu'il n'existait ni craquements ni épanchements, que la rotule était aussi libre et mobile que du côté sain, que l'apparence globuleuse de l'article n'existait que pendant la flexion, et que la jambe étant étendue les fossettes péri-rotuliennes se dessinaient à l'égal du côté opposé.

Donc il n'y a pas d'hydarthrose, pas de synovite, pas de fongosités, pas d'altérations des cartilages, en un mot il n'y a pas de lésion dans la jointure. A quoi attribuer dès lors la rougeur, la chaleur, et la déformation apparente du genou pendant la flexion? Eh bien, Messieurs, *tout cela est un produit de l'art.* Les applications de teinture d'iode, de vésicatoire, d'autres topiques encore, le séjour dans un appareil plâtré, ont déterminé une inflammation érythémateuse et eczémateuse de la peau qui a retenti aussi sur le tissu cellulaire sous-cutané, et l'on conçoit aisément cette complication, si l'on se souvient de la prédisposition arthritique héréditaire du sujet. Quant à l'atrophie et à la contracture elles sont de nature hystérique. — Le diagnostic est donc : arthralgie (pseudo-arthrite) hystérique, compliquée d'eczéma et d'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané causée par des topiques, cas prévu dans la description d'Esmarch.

Ainsi tout est hystérique ici, tout du moins sera hystérique quand cette légère inflammation des tissus péri-articulaires sera dissipée, ce qui ne tardera pas, j'espère.

(1) Voir *Leçons sur les maladies du système nerveux*, T. 3, p. 388.

Messieurs, nous ne sommes pas en présence d'un cas tout à fait rare; Brodie, Coulson, en Angleterre, ont signalé l'existence de ces arthralgies simulant les arthrites, pseudo-arthrites, « *mock diseases of the joint* » comme les appelle Barwell, Robert puis Verneuil les ont étudiées en France, Esmarch en Allemagne (1). Leur nature est péremptoirement démontrée par leur début quelquefois subit en l'absence de tout traumatisme, et quelquefois par leur terminaison également rapide alors même qu'elles ont succédé à un accident. Ce n'est évidemment pas ainsi que se comportent les arthrites. Je puis même ajouter, s'il se trouve des sceptiques parmi vous, qu'il y a eu une autopsie, ou mieux une *biopsie* confirmative pratiquée à la suite d'une amputation (2).

Disons aussi que de ces arthrodynies hystériques, celle du genou est la plus fréquente de toutes. Sur un total de 70 cas, l'arthralgie aurait occupé 38 fois le genou, 18 fois la hanche, 8 fois le poignet, 4 fois l'épaule, 2 fois le cou-de-pied. Le diagnostic établi, et il n'y a pas à en douter, le pronostic en découle : l'affection est hystérique, *sine materia;* donc elle guérira un jour ou l'autre, peut être subitement, à la suite d'une attaque. C'est un cas à miracle, mais il ne faut pas y compter; les laïques sont mal vus à proposer des mises en scène qui ne réussissent pas toujours et rendent alors le médecin ridicule. Mais il faut connaître et prévoir cette éventualité, car quelque rebouteur peut intervenir et aboutir. Surtout ne méconnaissez pas la nature de l'affection et ne prenez pas cette arthralgie hystérique pour une arthrite. Ne vous tenez pas, de grâce, éloignés de l'étude de l'hystérie par la terreur que vous inspire le spectre de la simulation. La simulation est, si je puis ainsi dire, un produit de l'ignorance des médecins. Il s'évanouit si le médecin est instruit. Je dis cela surtout pour certains auditeurs des écoles étrangères, car, en France, les études sur l'hystérie sont suffisamment avancées pour que la simulation soit devenue excessivement rare et facile à dépister. J'ose espérer que bientôt, à l'étranger, on reconnaîtra, comme on le fait ici, l'importance capitale de l'étude sérieuse et sans préjugés des phénomènes hystériques, autant pour le médecin que pour le chirurgien. Donc la malade peut guérir tout à coup, mais il faudrait hâter cette guérison, si c'est possible. Evidemment nous n'aurons recours ni aux révulsifs, ni aux appareils, très utiles dans les affections articulaires véritables, mais certainement nuisibles dans ces cas. Et, à ce propos, je vous rappellerai le précepte de Brodie en matière de thérapeutique, dans ces affections : « Le principal conseil que je vous donnerai, « dit-il, sera surtout d'ordre négatif. J'insisterai beau« coup moins sur ce qu'il convient de faire, que sur ce « dont il faut s'abstenir. » (3). Que faire alors? Pour bien le comprendre, il faut, je crois, connaître le mécanisme de ces arthralgies. Eh bien! messieurs, j'ai été amené à penser que la douleur articulaire est ici de la catégorie des algies psychiques, fixées dans l'esprit par l'auto-suggestion. Le fait est que chez les hypnotiques les phénomènes d'arthralgie hystériques peuvent être, ainsi que je l'ai montré (4), provoqués soit par un léger traumatisme, soit par le récit d'une chute sur une join-

(1) Pour la Bibliographie, voir t. III, p. 371.

(2) Cas de Coulson. *Malad. du syst. nerveux*, t. III, p. 3[illegible].

(3) « The advice wich I shall have to give you will be for the most part of a négative kind, relating not so much to what you ought to do, as to what you ought to leave undone. » *Lectures on local nervous affect. London*, 1838, p. 78.

(4) *Malad. du syst. nerveux*, t. III, p. 390.

ture. Or, en dehors de l'hypnotisme, l'émotion morale, le shock nerveux tient lieu de l'état mental, qui rend possible la suggestibilité.

Si cela est, vous comprenez l'importance du traitement moral dans ces cas. On devra engager la malade à faire des efforts, à ne pas s'immobiliser. Pour agir sur l'imagination, on a même préconisé le simulacre d'une opération. Il existe des procédés plus doux : l'hypnotisme peut être suivi de succès, mais, chez notre malade, les tentatives de ce genre provoquent une espèce d'attaque, et les suggestions sont impossibles. On essayera aussi le massage, ou mieux l'effleurage, qui a réussi déjà dans un cas semblable. Mais il ne faut pas négliger les indications fournies par l'état général ; notre sujet est anémique, nous lui prescrivons l'hydrothérapie, les amers, les toniques, les préparations martiales, etc. Quoi qu'il en soit, n'oubliez pas, Messieurs, que malgré tout, même bien interprétées et bien traitées, s'il ne survient pas quelques-uns de ces événements qu'on peut prévoir, mais non amener, du moins à coup sûr, — que malgré tout cela, dis-je, les arthralgies peuvent être comptées parmi les affections hystériques les plus tenaces et les plus difficiles à guérir.

ANATOMIE

Notes anatomiques sur l'aponévrose, le ligament suspenseur et les ganglions lymphatiques de l'aisselle ;

Par le Dr **Paul POIRIER**, agrégé, chef des travaux anatomiques.

La *région axillaire* affecte, lorsque le bras pend le long du corps, dans sa position ordinaire, la forme d'un pli profond antéro-postérieur, plus profond que le pli de l'aine transversal ; mais, si l'on vient à exagérer la flexion de la cuisse jusqu'au contact de l'abdomen, le pli inguinal rappelle, par sa profondeur, le *pli axillaire*. Cette région devient le *creux axillaire* lorsque le bras est écarté du tronc à angle droit ; car le grand pectoral, tendu par l'abduction du bras, est venu constituer une paroi antérieure, thoracique, et la paroi postérieure, qui n'existait pas d'abord, s'est formée peu à peu, au fur et à mesure que le bras, s'éloignant du tronc, entraînait avec lui la mobile omoplate ; la peau, retenue profondément par de solides adhérences, déprimée d'ailleurs par la pression atmosphérique, est restée appliquée aux parois axillaires.

Pli ou sillon antéro-postérieur d'abord, devenu cavité ou plutôt dépression quadrangulaire par l'abduction, la région axillaire change encore d'aspect, lorsque le bras, tout à fait relevé, est devenu parallèle à l'axe vertical du corps : elle prend alors l'apparence d'une gouttière verticale, que limitent le faisceau coraco-biceps et le grand pectoral en avant, le grand dorsal et le grand rond en arrière ; c'est la gouttière de l'artère axillaire. En somme, trois aspects, suivant que l'aisselle est fermée, entr'ouverte ou largement ouverte.

Ces variations, si étendues dans la forme et les dimensions de l'aisselle, permettent de comprendre la possibilité de l'emphysème dans les plaies de l'aisselle, en dehors de toute lésion du thorax ou du poumon. On comprend encore mieux la formation de cet emphysème, si l'on pense que la pression atmosphérique n'est pas sans influence sur la formation du creux axillaire et la fixation de l'omoplate sur la paroi thoracique.

Lorsqu'on s'arrête un instant à considérer, d'une part l'adhérence de l'omoplate à la paroi thoracique, adhérence si forte que les tractions les plus violentes ne parviennent pas à détacher l'os complètement, et, d'autre part, les agents musculaires qui seuls réaliseraient cette adhérence, on comprend mal que l'os ne se détache pas plus facilement. En effet, des deux muscles qui interviennent surtout dans la fixation de l'omoplate, l'un, le rhomboïde, est une lame musculaire large et mince ; l'autre, le grand dentelé, qui joue le rôle principal et a reçu pour cette raison le nom de *frein de l'omoplate*, s'insère linéairement sur le bord *vertébral* de l'os et, parti de là, contourne le tronc pour aller s'insérer à la partie antéro-externe du thorax, en un point plus éloigné du plan médian que ne l'est son insertion postérieure. Bien fait pour suspendre le thorax au membre supérieur dans l'attitude quadrupède, le grand dentelé est on ne plus mal disposé pour servir de frein à l'omoplate. Alors, l'intervention d'un troisième facteur, qui ne peut être que la pression atmosphérique, devient nécessaire pour expliquer l'adhérence de l'os.

On voit, en effet, dans certains mouvements, lorsque les bords de l'os tendent à se détacher du tronc, la peau s'enfoncer, entre eux et le thorax, en sillons plus ou moins profonds, comblant les vides qui tendent à se produire, comme elle fait à l'aisselle lors de l'écartement des parois de la cavité. Pour essayer de mieux démontrer cette influence de la pression atmosphérique, voici comment j'ai procédé. Ayant traversé l'épine de l'omoplate sur un sujet entier, avec un de ces gros crochets métalliques en usage chez les bouchers, j'essayai, par de fortes tractions, de détacher l'omoplate, et je vis l'os s'éloigner un peu du tronc, pendant que la peau, déprimée par la pression atmosphérique s'enfonçait sous les bords et dessinait en sillons la forme triangulaire de l'os ; maintenant toujours la même traction, j'ouvris brusquement, par un coup de bistouri au fond de l'un de ces sillons (le vertébral de préférence), un orifice assez large (1 cent.) pour mettre le tissu cellulaire, si lâche, placé sous le grand dentelé, en communication avec l'atmosphère ; un sifflement se produisit, les sillons disparurent et l'omoplate se détacha au même instant de quelques centimètres avec une grande facilité, bien que je n'eusse point augmenté la traction.

L'expérience est facile et réussit toujours, si l'on a soin de choisir un sujet maigre et récemment décédé : sur les sujets gras, l'air pénètre plus lentement, et le tissu cellulaire des vieux cadavres a subi une sorte de condensation, ou est agglutiné par les liquides infiltrés. J'ai conclu de cette expérience que la pression atmosphérique n'était point un facteur négligeable dans la fixation de l'omoplate. (En écrivant ceci, il me semble que je dis une chose banale, que tout le monde a pensée et qui n'a point été dite ; si elle est vraie, le mal n'est pas grand ; fausse, elle ne tiendra pas devant la critique.)

Après avoir enlevé la peau, très fine, la couche rougeâtre, disséquable, des glandes axillaires et un fascia superficialis assez résistant et retenu par des fibres qui s'enfoncent vers le sommet de l'aisselle, on est en présence d'une cavité quadrangulaire, la cavité axillaire. Les anciens anatomistes ne décrivaient que trois parois à cette cavité ; ils oubliaient la paroi externe, vasculaire, articulaire, très importante ; Malgaigne a signalé et réparé l'erreur. (Malg., Anat. chir.). — Le sommet tronqué de cette pyramide quadrangulaire est limité par un triangle osseux, que forment la face supérieure de la première côte, la face inférieure de la clavicule doublée du muscle sous-clavier et *le bord cervical de l'omoplate depuis le tubercule postérieur de la coracoïde jus-*

qu'à l'insertion de l'angulaire. L'apophyse coracoïde, qui déborde la clavicule en avant, ne peut en faire partie.

L'abaissement, même forcé du bras, ne rapproche guère les parois de ce triangle; la clavicule reste toujours à distance de la première côte, et j'ai essayé en vain de réaliser ce que j'avais lu et appris sur la compression de l'artère sous-clavière par la clavicule sur la première côte, dans l'abaissement forcé du bras.

Telle apparaît la cavité axillaire, création du scalpel. Je désire, dans cette note, appeler l'attention sur trois points particuliers de son anatomie : l'aponévrose, le ligament suspenseur, les ganglions lymphatiques.

Aponévrose de l'aisselle.—L'aponévrose antérieure du grand pectoral se prolonge jusqu'au bord inférieur de ce muscle, c'est-à-dire jusqu'à la base de l'aisselle. Là, elle se subdivise en deux lames : l'une, profonde, contourne le bord inférieur du grand pectoral et passe sous la face profonde de ce muscle ; l'autre, superficielle, forme l'aponévrose de la base de l'aisselle; elle traverse cette base d'avant en arrière et se confond avec l'extrémité inférieure du ligament suspenseur de l'aisselle ; son bord antérieur fait suite à la gaine du grand pectoral, son bord postérieur se continue avec les aponévroses du grand dorsal et du grand rond. (Paulet, Anat. topog.).—C'est ainsi que l'aponévrose de l'aisselle est comprise et décrite par tous les anatomistes qui ont traité de l'anatomie des régions.

Je crois que cette aponévrose superficielle, qui allant du grand dorsal au grand pectoral, traverserait et fermerait la cavité axillaire n'existe pas. Je l'ai cherchée par des dissections prudentes, désireux de la rencontrer; j'ai chaque fois trouvé, au-dessous de la peau et du pannicule graisseux, le fascia superficialis lamelleux, plus ou moins épaissi, mais gardant constamment ses caractères de tissu lamelleux et toujours en continuité avec les fibres du ligament suspenseur, qui va s'insérer, comme on sait, au squelette profond de la région.

J'ai prié des collaborateurs habiles de m'aider dans cette recherche; ils n'ont pas été plus heureux que moi.

Les dissections montrent qu'il n'existe point d'aponévrose indépendante des muscles qui forment les parois de la région. En dedans, le grand dentelé n'est recouvert que par une lamelle cellulaire extrêmement mince qui l'accompagne jusqu'à sa digitation la plus élevée. En avant, l'aponévrose mince du grand pectoral contourne le bord inférieur de ce muscle et passe sous sa face profonde; l'aponévrose clavi-coraco-axillaire, qui s'est dédoublée pour envelopper le petit pectoral, perd son caractère aponévrotique au-dessous de ce muscle et semble devenir une lame fibro-celluleuse qui va se fixer à la face profonde de la peau. En arrière, l'aponévrose d'enveloppe, si mince, du grand dorsal contourne le bord inférieur de ce muscle, sur la face antérieure duquel elle se relève pour gagner le bord axillaire de l'omoplate en dedans.

Ces aponévroses, antérieure et postérieure, accompagnent en dehors les tendons des muscles qu'elles recouvrent : l'antérieure passe avec le tendon du grand pectoral au devant du faisceau musculaire coraco-bicipital et du faisceau vasculo-nerveux ; elle se confond en partie avec l'aponévrose brachiale ; la postérieure passe, avec les tendons grand dorsal et grand rond, en arrière du faisceau vasculo-nerveux pour gagner la partie postéro-interne du bras. Entre les deux, c'est-à-dire sur la paroi externe de l'aisselle, l'aponévrose brachiale poursuit son chemin; mais, au niveau du point où elle croise les tendons (grand pectoral et grand dorsal), au moment même où elle devient axillaire, elle subit un amincissement remarquable tel qu'elle laisse apercevoir les vaisseaux et nerfs sous-jacents. Avec un peu de bonne volonté, et sans bonne volonté, sur certains sujets maigres et bien musclés, on peut voir qu'elle paraît se terminer en ce point entre les tendons par un bord curviligne, sorte de repli falciforme à concavité supérieure, dont l'existence est aussi évidente et non moins réelle que celle du repli falciforme qui limite en bas l'ouverture par laquelle la saphène interne traverse l'aponévrose fémorale. Ce repli falciforme, Langer l'a vu avant moi ; il lui a donné le nom d'*axelbogen; — arc brachial,* ce nom convient bien. Au delà, plus haut, l'aponévrose brachiale n'est plus qu'un mince feuillet celluleux, tout à fait semblable au feuillet antérieur de la gaîne des vaisseaux fémoraux, et, comme lui, criblé par les orifices que créent les anastomoses multipliées entre les ganglions lymphatiques superficiels et les ganglions profonds de la région.

La dissection montre, en somme, que les aponévroses remontent le long des parois musculaires de l'aisselle jusqu'aux insertions des muscles qui les forment, et contredit formellement l'existence d'une aponévrose superficielle traversant la cavité axillaire pour aller du grand pectoral au grand dorsal. Nous allons bientôt voir que l'existence d'un ligament suspenseur, *allant des parties profondes à la peau*, est difficilement conciliable avec l'existence d'une aponévrose superficielle. Je dois dire que cette considération n'a point arrêté les anatomistes, suivant lesquels « le ligament suspenseur, parti de l'apophyse coracoïde, traverse l'aponévrose superficielle pour aller s'insérer à la face profonde de la peau. » Or, ce ligament, formé de travées celluleuses séparées par de larges aréoles, est bien pauvrement constitué pour traverser une aponévrose, si mince qu'on l'imagine : cette conception est difficilement admissible. D'ailleurs, la description de ce ligament va nous montrer par quels énormes trous cette aponévrose devrait être percée, si elle existait.

Le ligament suspenseur. — Il est ainsi nommé depuis Gerdy, qui en parle dans les termes suivants : « il s'étend de l'apophyse coracoïde à la peau du creux de l'aisselle, qu'il relève en voûte et retient fortement », (*Anat. des formes extér.*), sans s'expliquer autrement sur son étendue, ses dispositions, sa nature. On le décrit généralement comme formé par des fibres de l'aponévrose clavi-coraco-axillaire, c'est-à-dire comme une aponévrose partant du sommet de la coracoïde pour aller s'insérer à la face profonde du derme.

J'ai bien souvent disséqué ce ligament et j'ai vu : 1° que ce n'est pas une aponévrose, mais le tissu cellulaire sous-cutané, épaissi et condensé; 2° qu'il n'est point transversal, comme on le décrit d'ordinaire, mais étendu d'avant en arrière, tout le long du pli de l'aisselle, à la façon d'une cloison antéro-postérieure.

Au-dessous du petit pectoral, et dans l'interstice qui sépare ce muscle du coraco-brachial, l'aponévrose clavi-coraco-axillaire perd son caractère aponévrotique et devient fibro-celluleuse pour aller s'insérer à la face profonde de la peau. De l'aponévrose qui revêt le petit pectoral et le coraco-biceps, on voit nettement se détacher des fibres celluleuses grisâtres, qui convergent vers la peau de l'aisselle et se fusionnent intimement avec la face profonde de celle-ci. Ces fibres, réunies en travées ou lamelles plus ou moins fortes, laissent entre elles de larges aréoles remplies de pelotons graisseux.

Telle est la partie antérieure du ligament suspenseur, formée de lamelles celluleuses nées du sommet de la coracoïde, et renforcée par des expansions celluleuses qui se détachent de la gaîne aponévrotique des muscles petit pectoral et coraco-brachial.

Pour la mettre bien en évidence, il suffit d'enlever le grand pectoral et d'exercer une légère traction sur le lambeau cutané de l'aisselle. Ainsi constituée, elle résiste à des tractions assez fortes et elle résiste à la façon d'un tissu élastique, c'est-à-dire qu'elle remonte et reprend ses dimensions premières, lorsqu'elle a été abaissée et distendue par une traction suffisante (particularité qui me porte à croire que les fibres élastiques doivent être plus nombreuses en ce point que dans le reste du tissu cellulaire sous-cutané). — Sa section par un coup de scalpel détermine l'abaissement brusque de la peau qui tapisse le tiers antérieur de l'aisselle; sur les deux tiers postérieurs, l'aisselle reste concave et la peau qui la recouvre résiste aux tentatives d'abaissement; c'est que l'on n'a encore vu et détaché que la partie antérieure du ligament suspenseur. D'autres adhérences, plus nombreuses et aussi fortes que lės précédentes, vont encore de la face profonde de la peau aux parties solides qui forment le fond du pli axillaire, c'est-à-dire à la partie interne du col et de la capsule humérale en dehors, et au col de l'omoplate en dedans (ces dernières m'ont paru être les plus résistantes). Ainsi est constituée, du fait de toutes ces adhérences, une véritable cloison antéro-postérieure, fixant solidement la peau de l'aisselle aux parties profondes sur toute la longueur du pli axillaire. Rien n'est plus facile que de mettre en évidence cette disposition; deux ou trois coups d'ongle ou de manche de scalpel, appuyés de chaque côté sur les bords axillaires du petit pectoral et du coraco-brachial sont suffisants. Une traction légère sur la peau de l'aisselle permet de bien voir et de saisir le ligament dans toute son étendue; de gros pelotons adipeux et des ganglions lymphatiques superficiels remplissent les aréoles, que laissent entre elles les fibres et les lamelles celluleuses qui le composent.

Tel est le ligament suspenseur que montrent les dissections. Il est l'analogue de ces tractus celluleux qui unissent le fascia superficialis inguinal au ligament de Fallope depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure jusqu'à l'épine pubienne. Ces tractus déterminent la dépression persistante du pli inguinal et je comprends très bien que Pétrequin leur ait donné le nom de *ligament suspenseur de l'aîne*, par comparaison avec le ligament suspenseur de l'aisselle.

Je ne sais pas si cette cloison celluleuse, si largement percée d'aréoles à contenu graisseux, et si bien fixée à la face profonde de la peau, peut arrêter momentanément des épanchements sous-cutanés, sanguins, gazeux ou purulents dans leur marche du bras vers le tronc ou réciproquement; c'est affaire à juger par une expérience que je n'ai pas ; mais je sais qu'elle arrêtait momentanément les injections liquides ou gazeuses, que j'ai souvent faites dans le tissu cellulaire sous-cutané du bras ou du tronc sur le cadavre.

M. le professeur Verneuil, qui a bien voulu me permettre de lui exposer ces idées, m'a dit qu'il avait souvent été frappé de l'arrêt que subissaient au niveau de l'aisselle les phegmons du bras et que la disposition anatomique, que j'ai donnée, du ligament, fournissait bien l'explication du fait.

La quantité de graisse contenue dans les aréoles du tissu cellulaire sous-cutané (ligament suspenseur) de la région est variable suivant l'état du sujet. Je n'ai jamais rencontré ces masses graisseuses, dont la présence a été signalée sous l'aponévrose (?), et dont la fonte purulente entraînerait la formation de ces fistules axillaires si rebelles, dont on parle beaucoup, mais que l'on voit bien peu, si j'en crois ma très ou trop courte expérience. En dehors des fistules entretenues par une lésion osseuse ou une affection ganglionnaire chronique, je n'ai jamais vu de fistules de l'aisselle.

Ganglions lymphatiques. — « *Sicuti lymphatica infra-umbilicum sub communibus integumentis excurrentia ad glandulas inguinales tendunt, ita supra umbilicum, cephalicis exceptis et aliquibus colli, in glandulas axillares conveniunt.* » (Mascagni, vasorum lymphaticorum historia, Senis, 1787). On peut ajouter qu'à l'aisselle, comme à l'aîne, les ganglions lymphatiques se groupent suivant la provenance de leurs afférents. Jusqu'ici cependant les anatomistes n'ont point distingué ; ils décrivent ces ganglions en bloc « comme appliqués le long des vaisseaux et formant un chapelet qui remonte dans le sommet du creux axillaire pour se continuer avec celui qu'on remarque autour des vaisseaux du cou (Richet) », ou comme étant « tous situés sur la paroi interne et appliqués sur le muscle grand dentelé (Tillaux). » De là des conseils divers et différents sur la manière de procéder à l'exploration de ces ganglions ; Richet conseille de saisir le bord antérieur de l'aisselle, tandis que Tillaux les cherche avec la pulpe des doigts appliquée sur la paroi interne de l'aisselle.

Il y a, je crois, lieu et nécessité de distinguer et de préciser. En 1882, mon distingué collègue et ami, M. Kirmisson lut à la Société anatomique une note sur la topographie des ganglions axillaires et établit la répartition des ganglions en trois groupes : il reconnut que « bien que ces ganglions fussent sous-aponévrotiques, tous n'étaient pas cependant compris dans un même plan, et qu'on pouvait à cet égard les diviser en superficiels et profonds. » Il décrivit : *a*) un groupe superficiel antérieur comprenant les ganglions qui sont situés sous le bord inférieur du grand pectoral et reçoivent les lymphatiques du membre supérieur et de la région mammaire ; *b*) un groupe superficiel supérieur (?) comprenant les ganglions qui longent le bord antérieur du grand dorsal et reçoivent les lymphatiques de la région scapulaire ; et *c*) un groupe de ganglions profonds accolés à la veine axillaire, et dont les afférents ne sont pas nommés.

J'ai disséqué et fait disséquer environ trente fois la région axillaire sur des sujets différents (17 h. — 13 f.); trois fois je suis arrivé à injecter la plus grande partie des lymphatiques de la région ; enfin j'ai étudié les planches de l'admirable ouvrage de Mascagni. J'étais d'ailleurs préparé à ce travail, ayant injecté un grand nombre de lymphatiques, et particulièrement les lymphatiques de la région inguinale (concours pour le prosectorat, 1882). Mes recherches ont abouti à des résultats qui confirment en partie les résultats donnés par M. Kirmisson dans son excellent travail; je dois ajouter que le travail de M. Kirmisson, fait surtout en vue de localiser le retentissement ganglionnaire des cancers du sein, s'appuie sur 12 dissections d'aisselles appartenant toutes à des sujets de sexe féminin.

Il est un premier fait, qui m'a beaucoup frappé et dont j'ai souvent contrôlé l'exactitude : un grand nombre des ganglions axillaires sont nettement sous-cutanés, d'autres, moins nombreux et généralement plus gros, sont

situés profondément le long des gros vaisseaux axillaires, sous l'aponévrose brachiale devenue si mince à ce niveau. A la vérité, ces ganglions se dérobent à la vue et au toucher derrière le grand pectoral ou devant le grand dorsal, mais ce n'est pas une raison pour les placer au-dessous d'une aponévrose superficielle qu'on ne peut voir. Les dissections répétées ne laissent aucun doute à cet égard. — D'ailleurs, il serait difficile de comprendre pourquoi les lymphatiques superficiels des membres supérieurs et d'une partie de la peau du tronc se rendraient dans des ganglions profonds, sous-aponévrotiques, alors que les lymphatiques superficiels de tout le reste du corps, y compris ceux du membre inférieur, se rendent dans des ganglions superficiels, sus-aponévrotiques. (J'aurais représenté ces ganglions si mes dessins n'eussent dû faire double emploi avec les planches si belles et si claires du traité de Mascagni).

Les ganglions lymphatiques de l'aisselle sont répartis en trois groupes : 1° Un groupe *externe ou brachial* qui suit, sur la paroi externe ou brachiale de l'aisselle, la direction des vaisseaux axillaires ; 2° Un groupe *interne et antérieur*, ou *pectoral*, qui occupe l'angle antéro-interne de la pyramide axillaire : il reçoit les lymphatiques de la région mammaire ; 3° Un groupe *interne et postérieur*, situé le long du bord axillaire de l'omoplate, vers l'angle postérieur et interne de la cavité axillaire : il reçoit les lymphatiques des régions scapulaire, lombaire, thoracique externe et postérieure.

Dans chacun de ces groupes, il faut distinguer des ganglions superficiels sous-cutanés et des ganglions profonds, sous-aponévrotiques. Ainsi : pour le groupe *externe ou brachial*, on peut facilement distinguer : 1° un ou deux gros ganglions lymphatiques superficiels, immédiatement sous-cutanés, et recevant les lymphatiques superficiels du membre supérieur, (ce gros, ou ces deux petits ganglions superficiels, sont très souvent logés dans les aréoles du ligament suspenseur ; on les trouve très facilement, surtout quand on prend pour guide les vaisseaux lymphatiques superficiels du bras injectés au mercure ou distendus par la lymphe sur un cadavre en décomposition) ; 2° trois ou quatre ganglions profonds, situés dans la gaîne des vaisseaux axillaires, allongés suivant l'axe des ces vaisseaux et en contact surtout avec la veine.

Dans le groupe antérieur ou pectoral, on voit : 1° des ganglions, en général petits et situés sous la peau qui recouvre le bord inférieur du *petit* pectoral ; 2° des ganglions profonds accolés, pour la plupart, aux branches des vaisseaux mammaires.

Dans le groupe postérieur ; 1° deux ou trois ganglions, petits, sont sous-cutanés et reçoivent les vaisseaux lymphathiques venus de la peau des régions tributaires de ce groupe ; 2° les autres, profonds, plus nombreux et plus gros, sont situés le long du bord axillaire de l'omoplate et appendus aux branches de la flexueuse artère scapulaire inférieure.

Les ganglions superficiels et profonds de ces groupes sont reliées par des anastomoses, d'autant plus grosses et plus nombreuses qu'on s'approche davantage de l'orifice par lequel l'aisselle s'ouvre dans la région sus-claviculaire : là, l'entonnoir axillaire donne passage, avec la veine, l'artère et les gros rameaux nerveux, à un très grand nombre de gros vaisseaux lymphatiques, situés autour des vaisseaux ; il n'est même pas rare d'y rencontrer un ou deux ganglions, grains du chapelet presque continu, qui va de la région sous-clavière à la partie inférieure de l'aisselle, le long des vaisseaux axillaires.

Le nombre de ces ganglions est des plus variables ; chaque groupe en contient de 2 à 10, quelquefois bien davantage. Ils sont plus nombreux chez les jeunes sujets, très réduits comme nombre et comme volume chez les sujets âgés. Sous certaines influences morbides leur volume et peut être leur nombre sont notablement augmentés.

Lorsque une dégénérescence quelconque les atteint, on est surpris de trouver 20 ou 30 ganglions là où la dissection n'en montre que cinq ou six à l'état normal. S'agit-il du développement de ganglions nouveaux ou seulement de l'hypertrophie de ganglions extrêmement petits ? Je ne sais.

M. le professeur Verneuil m'a dit avoir enlevé sous les pectoraux d'une jeune fille une chaîne d'au moins cinquante ganglions caséeux ; appendus aux branches des artères thoraciques, ils ressemblaient à un ovaire de poule.

La répartition que je viens de décrire trouve-t-elle une confirmation dans la localisation du retentissement ganglionnaire suivant la provenance de sa cause, ainsi qu'on le voit au pli de l'aîne, où les bubons des membres inférieurs, des organes génitaux, et de la fesse ont un siège différent ? J'incline à le penser. — Il me paraît inutile d'insister maintenant sur la manière dont l'exploration de l'aisselle doit être dirigée et effectuée lorsqu'on se propose d'y vérifier le retentissement ganglionnaire d'une lésion, dont le siège peut être sur le membre supérieur, sur la mamelle et la partie antérieure du tronc, où sur la région postérieure de celui-ci.

J'ai étudié l'anatomie de l'aisselle, sans idée préconçue, pour étudier et apprendre ce que je devais enseigner. Peu à peu, point par point, j'ai relevé de grandes analogies entre cette région et la région de l'aîne. Régions de passage l'une et l'autre, n'ayant en propre que des ganglions qui se groupent suivant la provenance de leurs afférents, ces deux régions sont identiques par leur structure et leurs usages. Elles ne sont guère séparées que par quelques différences de forme et de direction. Identiques, et, cette fois sous tous les rapports, chez les quadrupèdes, elles le sont aussi chez l'homme, si l'on se reporte aux premiers temps de la vie fœtale, avant qu'une rotation inverse ait changé l'orientation des membres. On ne voit pas bien alors pourquoi de nouveaux éléments seraient intervenus dans leur structure, ni pourquoi les rapports généraux des éléments qui les forment auraient été changés. Ainsi, les données de l'anatomie générale et de l'embryogénie viennent à l'appui des résultats fournis par la dissection. Il m'a paru que ces considérations pouvaient simplifier l'anatomie de ces deux régions et en rendre l'intelligence plus facile.

DONS. — M. le Dr Joseph SAINTOUR, décédé à Paris, le 18 novembre 1887, a fait les legs suivants : 1° A la Faculté de médecine de Paris, 1.000 francs de rente 3 0/0 pour la fondation d'un prix annuel, de pareille somme, à décerner, sous le nom du testateur, sur un sujet désigné par la Faculté ; 2° Au Collège de France, une rente de 1.000 francs, également à décerner en un prix annuel sur un sujet proposé par l'assemblée des professeurs ; 3° A chacune des cinq Académies de l'Institut de France, 1.000 francs de rente également pour la fondation d'un prix annuel à décerner sur un sujet proposé par les différentes classes ; 4° Le reste de sa fortune partagé par neuvième entre la Faculté de médecine, l'Académie de médecine, le Collège de France, les cinq classes de l'Institut, pour augmenter d'autant les prix annuels indiqués ci-dessus, et son exécuteur testamentaire.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Projet de loi concernant l'Administration de la Santé publique (*suite*) (1).

Le rapport de M. Chamberland ne propose pas de refaire, quant à présent, la législation sanitaire. Il accepte, tels qu'ils sont aujourd'hui, et sans doute provisoirement, les lois, décrets et règlements; il veut seulement qu'ils soient appliqués et il estime qu'ils ne le peuvent être qu'à la condition de voir établie, à côté des maires, dont la compétence est douteuse, et des préfets qui ne sont pas toujours complètement renseignés, une autorité sanitaire spéciale, un agent compétent, qui veillerait à l'exécution des lois, s'enquerrerait de la salubrité des différentes communes, signalerait les travaux indispensables. Cet agent serait l'inspecteur départemental de la santé publique. Cet inspecteur, qui sera nommé dans des conditions qui seront ultérieurement réglées par décret; cet inspecteur, disons-nous, sera la cheville ouvrière de tout le système; il conviendra de le choisir de telle sorte qu'il ne puisse planer un doute ni sur son savoir ni sur son honorabilité. Il aura, à chaque instant, à faire preuve de science et d'habileté, de connaissances administratives étendues; il faudra qu'il soit préparé de longue main à ses fonctions par une étude de la législation spéciale.

Nous aurions souhaité que M. Chamberland eut traité incidemment cette question dans son rapport; qu'il eut tracé largement le programme du minimum de connaissances qu'il y aurait lieu d'exiger de ces fonctionnaires. Ce programme, malgré son caractère provisoire, aurait pu servir de base aux jeunes gens qui, dès maintenant, en finissant leurs études, rêveraient d'entrer dans l'organisation future de la santé publique. C'est là un point d'importance qui vaut d'être examiné à part, et nous y consacrerons un article spécial.

A côté de ces inspecteurs, un conseil de la santé publique analogue aux conseils d'hygiène, qui existent actuellement, éclairerait les autorités départementales, et un grand conseil de la santé publique remplacerait le comité consultatif d'hygiène qui existe actuellement, centralisant les travaux des conseils et commissions des départements et donneront une régularité, une uniformité désirables à l'hygiène publique dans le pays tout entier. Enfin, à côté de ce grand conseil, le gouvernement serait représenté par un directeur de la santé publique et par un ou plusieurs inspecteurs généraux. Toute cette organisation est ingénieuse et il n'y a rien à y changer. Il convient surtout de louer, sans réserve, l'installation d'un laboratoire auprès de la direction de la santé publique.

La commission a pensé qu'il était indispensable, pour que ce service ait toute l'ampleur et toute l'autorité désirables, que les services actuels de l'hygiène publique et de l'assistance publique s'y trouvent réunis. Elle en a donné des motifs très sérieux que nous croyons utile de reproduire entièrement :

1° En général, les premiers malades atteints d'affections contagieuses sont portés dans les hôpitaux; ce sont donc les services hospitaliers, lesquels dépendent de l'Assistance publique, qui fourniront les premiers renseignements sur les cas d'invasion des maladies;

2° L'Assistance Publique en distribuant des secours aux nécessiteux, contribue très efficacement à empêcher la propagation des maladies; elle peut, de plus, fournir des renseignements très utiles sur l'insalubrité des logements et des habitations dans lesquels se trouvent les indigents secourus;

3° L'Assistance publique est directement intéressée à empêcher la propagation des épidémies, car alors le nombre des malades admis dans les hôpitaux est moins élevé, et, partant, ses dépenses sont diminuées. Elle doit donc joindre tout naturellement ses efforts à ceux des agents de l'hygiène publique;

4° Les inspecteurs des enfants assistés et de la protection du premier âge, les inspecteurs des écoles, les médecins chargés de la médecine gratuite dans les campagnes, se trouvent par la nature même de leurs fonctions, à même d'apporter d'utiles renseignements sur la salubrité des habitations qu'ils visitent ou des villages qu'ils parcourent. Ils pourraient même être chargés de faire des enquêtes. De plus, il est à espérer qu'un jour il sera possible de diminuer le nombre des fonctionnaires chargés des différents services, car, dans une même tournée, le même fonctionnaire peut remplir diverses missions.

(1) Voir le n° 3, p. 48.

Ces raisons ont leur force. La dernière, qui s'appuie sur la possibilité de diminuer le nombre de certains fonctionnaires pourrait aisément être développée. Si M. Chamberland n'a pas cru le devoir faire, c'est sans doute qu'il compte y revenir au moment de la discussion publique. Cette réunion des deux services — qui pourraient très bien former deux divisions de la direction commune — ne sera sans doute pas très vivement discutée. Le Parlement s'est à deux reprises associé à cette manière de voir que tout contribuera à fortifier.

Ce qui risque au contraire d'amener une discussion sérieuse, ce sera le rattachement du service à tel ou tel Ministère. Le projet de la loi ne spécifie rien de précis sur ce point. Le rapport indique seulement et très sommairement les raisons les plus communément invoquées en faveur de tel ou tel Ministère.

En somme, nous l'avons écrit déjà dans ces colonnes, l'essentiel est que le Ministère auquel se fera le rattachement soit suffisamment armé pour faire appliquer la loi. Nous fesons bon marché de quelques arguments courants; nous comptons pour rien cette objection que tel Ministère sera influencé par des considérations politiques; — ce sont des considérations auxquelles on n'échappera pas et qui se trouveraient aussi bien aux Travaux publics ou à l'Instruction publique, ou à la Justice, etc.

Le Ministère du Commerce est-il *qualifié* ou *disqualifié*, par ce fait que beaucoup de questions qui intéressent l'hygiène intéressent également le commerce? Admirable sujet de dissertation!

Ce qui est vrai, c'est qu'on ne manquera pas d'attribuer le service à celui qui semblera le mieux outillé pour son fonctionnement. L'argument que M. Chamberland tire, en faveur du Ministère de l'intérieur, des relations plus étroites qui existent entre ce ministère et les maires est un argument de poids. Il ne manquera pas de s'en produire beaucoup d'autres pour et contre, mais le moment ne semble pas venu d'entamer utilement une discussion sur ce point.

Si le Ministère du commerce venait à céder ses services au Ministère de l'intérieur il est vraisemblable qu'il aurait une compensation telle qu'il n'en serait pas diminué. Mais, même dans ce cas, il faudrait reconnaître

que le Ministère du commerce a fait depuis quelques années tout ce qu'il a pu en faveur des progrès de l'hygiène publique et qu'il a obtenu un certain nombre de résultats excellents grâce aux hommes qui président aux travaux du Comité consultatif d'hygiène : MM. Brouardel, Bergeron, Proust, etc.

D'ailleurs, ces hommes sont de ceux dont la présence s'impose à la tête d'un Conseil supérieur d'hygiène, où que siège ce conseil et de quelqu'autorité qu'il dépende.

Le projet de loi développé dans le rapport de M. Chamberland ne change rien, disions-nous plus haut, — ou du moins change fort peu de chose à la législation sanitaire actuelle. Il organise un service chargé de l'application des lois; il n'est pas douteux que c'est par là qu'il fallait commencer ; mais il conviendra d'étudier pour ainsi dire parallèlement d'autres lois destinées à entrer dans le code sanitaire; il conviendra de songer à la loi sur les logements insalubres depuis si longtemps attendue ; il faudra songer aussi aux lois qui doivent protéger l'ouvrier et l'enfant en assurant la salubrité de l'atelier et la sécurité du travail. Il y a là des questions sociales sur lesquelles la concentration se ferait si aisément ! Il est si urgent de les résoudre et, nous dirions volontiers, si facile ! Mais il faut se hâter et ne pas craindre de voter l'urgence pour des projets de cette nature qui tachent à économiser la vie humaine.

Quelle importance peut avoir une telle économie ? Quelle portée sociale ? Que coûterait-elle à réaliser par l'application du projet de loi si bien exposé dans le rapport de M. Chamberland? C'est ce que nous sommes obligés de remettre à un troisième article.

D[r] Henri Napias.

Association médicale mutuelle du département de la Seine. (*Assurance entre médecins en cas de maladie*).

Nos lecteurs n'ont pas oublié le spirituel article que notre ancien collègue d'internat, M. le D[r] Barbulée, a publié dans le *Progrès médical* (1), ni sa lettre si pleine de bon sens que nous avons insérée aussi quelques mois plus tard (2). Ils savent tous, du moins ceux qui habitent le département de la Seine, de quoi il s'agissait : Fonder une Association médicale mutuelle pour les praticiens du département de la Seine, ayant pour but d'assurer au confrère malade une indemnité donnée par jour de maladie ou d'infirmité entraînant une incapacité de travail de plus de huit jours.

Une foule d'objections à cette époque, c'est-à-dire il y a deux ans bientôt, furent mises en avant : 1° par ceux qu'une telle Société (*assurance entre médecins en cas de maladie*) ne pouvait intéresser,... puisqu'ils n'en auront jamais besoin ; 2° par ceux qui ont toujours une pour énorme de toutes les idées nouvelles, qui toute leur vie redoutent toute tentative d'initiative privée, alors même que les chances de succès ont été très sérieusement discutées et pesées par des gens compétents.

Il n'y avait qu'un moyen de lutter ou plutôt qu'une manière de faire pour triompher de la résistance de ces deux catégories de médecins : c'était de ne pas s'occuper de ceux qui constituent la première, et de prouver aux autres, avec chiffres et raisonnements à l'appui, que l'entreprise était possible, et de tenter malgré eux un premier essai.

Qu'en est-il résulté ? Ces derniers, voyant la Société à l'œuvre, finiront par être convaincus ; les autres, pour la même raison, crurent devoir la favoriser désormais par leur appui moral et pécuniaire. Cela fait toujours bien. Tout est bien qui finit bien. Merci, au nom de l'Association, pour ces adhésions tardives. Il n'y a qu'une conclusion à tirer de tout cela : « Les débuts sont toujours durs. »

Aujourd'hui, l'*Association médicale mutuelle du département de la Seine* est définitivement constituée, et le compte rendu de sa première assemblée générale qui a eu lieu le dimanche 22 janvier dernier, à 2 h. 1/2, dans le Grand-Amphithéâtre de la Faculté de médecine, va prouver aux incrédules qu'une telle Association a bien réellement commencé à vivre, vit bien aujourd'hui et vivra encore mieux dans un temps peu éloigné.

La séance ouverte, M. le Président, le D[r] Gallet-Lagoguey, a exposé la situation actuelle de l'Association. Voici les principaux passages de son discours; ils montreront le point où on est arrivé :

Pour assurer à un médecin malade et incapable d'exercer une indemnité qui le mit, ainsi que sa famille, à l'abri des premiers besoins quotidiens, il y avait à remplir deux conditions essentielles : Il fallait d'abord que chacun des adhérents consentit à s'imposer un sacrifice assez élevé pour alimenter la caisse sociale ; il fallait, en second lieu, supprimer autant que possible la part réservée à la bienfaisance, en suppléant, de cette façon, à la nécessité toujours pénible d'une demande de secours et de l'enquête qui en est la conséquence. Nous vous avons démontré que nous réaliserions ces deux conditions par la création d'une Société de secours mutuels, véritable assurance en cas de maladie, et dont les statuts qui vous étaient soumis assuraient le fonctionnement à l'aide de moyens simples et pratiques........

C'est avec une légitime fierté qu'il nous est permis de constater aujourd'hui les résultats de ses sacrifices, qui n'ont pas été inutiles, car j'ai la satisfaction de vous annoncer qu'ils marquent nos premiers pas dans la voie du progrès. Ils nous donnent ainsi le meilleur argument qui puisse être opposé à nos contradicteurs : ils confirment enfin l'assurance de la réalisation de nos promesses, récompense la plus enviée de nos efforts........

Sans anticiper sur les droits de notre trésorier, M. le D[r] Fissiaux, il nous est permis de partager sa satisfaction, en apprenant que notre réserve s'élève au chiffre de 6.741 fr. au 31 décembre 1887. Or, vous n'avez pas oublié que la totalité de cette réserve sera toujours disponible pour faire face à nos engagements. Cette disponibilité est tout à la fois la base et la garantie d'efficacité de l'Association. C'est elle qui a permis de vous assurer de par les statuts, le droit absolu à une indemnité importante ; c'est elle qui nous permettra d'attribuer à nos confrères malades une large répartition des ressources de l'Association mutuelle, sans compromettre l'avenir. Maintenant que nous avons pu, *grâce à la preuve convaincante fournie par l'Association amicale des médecins anglais*, connaître la moyenne générale de nos risques de morbidité, nous sommes en mesure de faire disparaître l'aléa que laissaient forcément subsister nos calculs de probabilité. Je ne retiens qu'un seul point des rapports du D[r] Hart, fondateur de cette Société, c'est qu'en quatre ans la *morbidité* moyenne, maladies aiguës et chroniques comprises, n'a pas dépassé *cinq* journées par associé et par an. Chacun de nous payant annuellement douze cotisations représentant un nombre égal d'indemnités quotidiennes pour incapacité morbide et ses risques, ne devant pas dépasser cinq journées de maladie, il en résulte que pendant les premières années tout au moins, la réserve devra s'accroître de plus de la moitié du produit des cotisations. Nous pouvons, en conséquence, être certains de voir grossir rapidement notre capital, qui, tout modeste qu'il est, nous donne déjà la possibilité de payer plus de *six cents* journées de maladie, en 1888, sans tenir compte des recettes courantes.

(1) Voir *Progrès médical*, n° 12, 20 mars 1886.
(2) Voir *Progrès médical*, 13 novembre 1886, n° 46, p. 1004.

En résumé, un effectif de *soixante-sept* membres ; un capital réserve s'élevant à 6,761 fr. tels sont, Messieurs, les résultats obtenus pendant cette première année. Pour vous convaincre de la sécurité sur laquelle nous pouvons compter dans l'avenir, permettez-moi de laisser encore une fois la parole aux chiffres. En supposant que notre effectif actuel n'augmente pas, notre budget de l'année 1888 se décompose ainsi : Les recettes disponibles comprendront : 1° Notre réserve ; 2° Les intérêts de cette réserve à 4 1/2 % ; 3° Les cotisations des associés participants ; 4° Les cotisations des associés honoraires ; ce qui donne pour ces fonds disponibles un total de 15.000 fr. environ. Nous devons accepter pour base de l'évaluation des dépenses la moyenne de la morbidité établie d'une part sur les documents officiels français, et sur les rapports de l'Association amicale des médecins anglais d'autre part. Les risques de malade s'élèveront à *cinq* journées pour chacun de nous nécessitant une dépense de 50 fr., soit pour 67 associés participants . . . . 3.350 fr.

Les frais de gestion atteindront à peine . . . . . 400 —

Soit, pour la dépense totale. . . . . 3.750 —

Nous pouvons donc évaluer approximativement notre réserve à la fin de 1888 à 11 000 fr. On peut déduire de ces données l'augmentation annuelle du capital à l'aide des éléments suivants, qui viendront s'y ajouter : 1° Les intérêts des fonds placés ; 2° Une somme représentant 50 % du produit des cotisations des associés participants ; 3° Le produit des cotisations des associés honoraires.......

Vous voudrez bien voter des remerciements à M. le doyen de la Faculté qui nous accorde gracieusement aujourd'hui l'hospitalité, et à nos confrères de la *Presse médicale* qui ont accueilli l'Association nouvelle avec une si vive sympathie, et dont le concours désintéressé nous est toujours assuré. Je me plais à ajouter que, grâce à ce concours, notre œuvre en pleine voie de réalisation, a déjà eu plus d'un écho en dehors de la sphère trop restreinte dans laquelle, de par la loi, nous avons été obligés de nous renfermer tout d'abord. Beaucoup de confrères de la province se sont déjà préoccupés, nous en avons le témoignage, de la possibilité d'entrer dans notre Association. Nous signalerons notamment nos confrères de la Haute-Garonne, qui, tout récemment encore, nous ont demandé les renseignements nécessaires pour la fondation d'une Association analogue à la nôtre.

C'est, en effet, le meilleur parti à prendre pour le moment que de s'organiser partiellement, en attendant que le faisceau complet d'une famille médicale véritablement solidaire puisse être, grâce à une modification législative, définitivement formé. Faisons ensemble des vœux pour que les Chambres, votant enfin la loi sur les *Associations mutuelles*, permettent cette réalisation si désirable, couronnement de nos efforts et de nos aspirations professionnelles les plus légitimes.

M. le Dr Fissiaux, trésorier, donne les chiffres suivants pour 1887 (première année). Recettes, 7.473 fr. 60 ; dépenses, 732 fr. 60 ; il reste donc un capital-réserve de 6.741 fr., dont 6.000 fr. ont été placés à la caisse des Dépôts et consignations.

L'impression des rapports du Président et du Trésorier a été voté, et il a été décidé qu'on en adresserait un exemplaire à tous les médecins de la Seine. L'assemblée vote des remerciements au bureau sortant et procède à l'élection du bureau pour 1888. M. Rondeau est nommé secrétaire général, en remplacement de M. Rouillard ; M. Fissiaux est maintenu dans ses fonctions de trésorier ; M. Coulon est nommé trésorier-adjoint. Sont nommés secrétaires annuels, MM. Barbulée et Signez. A la fin de la séance, on a voté à l'unanimité l'adhésion de 20 membres nouveaux.

C'est la première fois qu'en France on fonde entre gens de profession libérale une association de cette sorte. Il n'y a rien d'étonnant à ce que ses débuts aient été difficiles. Mais, à l'heure qu'il est, à envisager avec réflexion le résultat obtenu, — une Société analogue est très florissante en Angleterre, — on peut être certain que le succès viendra couronner cette entreprise, appelée à rendre de grands services à beaucoup de nos confrères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 janvier 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. BROWN-SÉQUARD et D'ARSONVAL continuent leurs recherches sur *la toxicité de l'air expiré.* L'introduction sous la peau d'eau de condensation des vapeurs exhalées par les poumons (20 à 44 cc) amène la mort des lapins de la même manière que l'introduction directe dans le sang. Tous les animaux ainsi inoculés succombent sans agonie et après avoir eu de la diarrhée ; à l'autopsie ils présentent les signes de la mort par syncope cardiaque, avec arrêt des échanges entre les tissus et le sang. Cette toxicité du liquide pulmonaire est due à la présence d'un poison organique et non à l'influence des microbes ; après ébullition en vase clos, ce liquide conserve en effet son pouvoir toxique. Ce liquide est alcalin : sa nocuité paraît due à un poison organique volatil, à un alcaloïde sortant des poumons de l'homme et des mammifères. MM. Brown-Séquard et d'Arsonval concluent en disant que l'air confiné, cause de la phtisie pulmonaire, produit cette dernière affection par une influence lente exercée par le poison volatil dont ils ont démontré l'existence dans l'air expiré.

M. ROBERT WURTZ annonce qu'il a *retiré de l'air expiré une base organique* qu'il a pu caractériser par quelques réactions. Cette matière n'a pu être encore isolée en quantité suffisante pour qu'on puisse en expérimenter les effets physiologiques M. Wurtz a décelé aussi la présence de l'ammoniaque dans les produits d'expiration.

M. VERNEUIL, à propos de l'étude *du tétanos spontané*, apporte une nouvelle observation pour démontrer qu'en faisant une enquête suffisante, on arrive toujours à trouver la porte d'entrée du virus, cause unique et réelle de la maladie. Il s'agit d'un homme de 60 ans, traité par M. le Dr Buisson, d'Auberchicourt (Nord). Cet homme présenta tous les symptômes du tétanos sans qu'on pût découvrir tout d'abord la moindre blessure ; mais, au cours d'une enquête minutieuse, on constata que le malade expectorait des crachats sanglants. Le point de départ était dans une lésion profonde et cachée du pharynx ; le malade guérit. M. Verneuil a déjà rencontré deux autres cas d'entrée du tétanos par la voie gutturale avec lésion pathologique préalable.

M. DASTRE étudie le *rôle de la bile dans la digestion des graisses au moyen de l'opération de la fistule cholécysto-intestinale.* M. Dastre a déjà montré autrefois que la présence de la bile dans l'estomac n'entrave point la digestion gastrique : elle n'amène pas la précipitation des peptones. Cette affirmation était justifiée par l'observation des animaux auxquels on injectait de la bile dans l'estomac, au moyen d'une sonde œsophagienne ; mais quel est le rôle de la bile ? Pour l'étudier, M. Dastre fait, sur le chien, l'opération de la fistule cholécysto-intestinale, c'est-à-dire qu'il détourne la bile de sa voie naturelle et qu'il la fait écouler au niveau de l'intestin grêle au lieu de la laisser déboucher à l'origine de ce canal, dans le duodénum. Il enlève le canal cholédoque et il abouche directement la vésicule biliaire dans l'intestin grêle. Deux chiens, ainsi opérés, ont été conservés en parfaite santé pendant quatre mois. Puis, un jour ils ont été sacrifiés en pleine digestion après avoir reçu un repas copieux de viande, graisse et lait. L'examen de l'abdomen, fait immédiatement, a montré avec une netteté remarquable, que les chylifères étaient sensiblement transparents entre l'estomac et la fistule, c'est-à-dire que la graisse n'était pas notablement absorbée sur tout le parcours où le suc pancréatique avait agi isolément. Ces chylifères étaient, au contraire, tout à fait blancs, opaques, laiteux, à quelques centimètres au-dessous de la fistule, c'est-à-dire après l'intervention de la bile. Il est donc bien probable que le suc pancréatique seul est incapable, chez le vivant, de digérer et d'absorber complètement les graisses Déjà l'observation du lapin, chez lequel les aliments sortant de l'estomac, sont, par suite de l'éloignement de l'embouchure du canal pancréatique,

uniquement exposés dans une longueur de 35 centimètres à l'action de la bile, déjà cette observation avait démontré à Claude Bernard que la bile seule était impuissante à digérer les graisses. Il semble donc aujourd'hui que le mélange des deux sucs soit nécessaire. La bile paraîtrait plus particulièrement préposée à l'absorption des graisses en nature, le suc pancréatique à leur dédoublement. Chez les animaux, opérés d'une fistule biliaire, qui ne reçoivent plus de bile dans leur intestin, l'absorption des matières grasses est, du reste, notablement entravée.

M. Ed. Hœckel signale un *traitement préventif du rouge de la morue* au moyen du sulfibenzoate de soude.

M. le prince Albert de Monaco décrit les *courbes barométriques* enregistrées pendant la troisième campagne scientifique de l'Hirondelle. Les secousses du navire ne suffisent pas à expliquer les oscillations tracées au cours d'une tempête par la plume d'un enregistreur. Ces oscillations accompagnent certaines perturbations météorologiques sans figurer parmi leurs signes précurseurs.

MM. Henninger et Sanson ont décelé la *présence d'un glycol dans les produits de la fermentation alcoolique du sucre.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 janvier 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Ch. Féré, revenant sur certains phénomènes d'allochirie observés chez des hystériques, dit que lorsqu'on excite assez vivement les membres du côté hémianesthésique, la sensation peut parfaitement être perçue du côté opposé à l'excitation.

M. Paul Magnin a fait, dans le service de M. Dumontpallier, des expériences confirmatives de celles de MM. Gellé et Féré.

MM. Brown-Séquard et d'Arsonval, continuant la série de leurs recherches sur la toxicité de l'air expiré ont injecté le poison contenu dans cet air dans l'estomac d'un lapin qui est mort un peu plus tardivement que les sujets chez lesquels l'injection a été sous-cutanée. Lorsqu'on injecte le liquide dans la trachée, la mort survient dix à douze heures environ après l'injection.

MM. Charrin et Roger montrent des cataractes produites chez des lapins, par injection du menthol. A dose de 5 à 7 grammes, cette substance tue les lapins en cinq ou six minutes; quelques instants après la mort, les cristallins commencent à s'opacifier; la cataracte est complète au bout de une heure et demie ou deux heures. Jusqu'à présent, les auteurs n'ont pas réussi à reproduire cette lésion pendant la vie.

M. H. Chatellier. — Il existe une maladie de la muqueuse nasale caractérisée par l'épaississement de cette membrane, son aspect mamelonné, muriforme, siégeant de préférence sur les cornets inférieurs et plus particulièrement sur leur extrémité pharyngienne. Elle siège aussi quelquefois sur le cornet moyen. Cliniquement elle donne naissance aux accidents variés de l'obstruction permanente ou transitoire des conduits respiratoires, et se rétracte incomplètement par l'action des badigeonnages de solution de cocaïne. Au point de vue histologique, on constate un tissu sinon analogue, du moins ressemblant beaucoup à celui des polypes muqueux, alors cependant qu'au point de vue clinique les lésions en diffèrent essentiellement par leur absence de pédiculisation et leur siège sur les cornets inférieurs. Voici d'ailleurs en quoi consiste leur structure histologique. Les éléments cellulaires sont: 1° des éléments myrateurs ; 2° des corpuscules du tissu conjonctif, les uns grêles, adultes, formés d'un corps cellulaire petit, fusiforme, comprenant un noyau entouré d'une mince couche de protoplasma, les autres, plus volumineux, étoilés, renfermant des noyaux multiples en nombre très variable (2 à 8). Entre ces cellules, on voit des fibrilles d'un aspect remarquable, grêles, entrecroisées, disposées sans ordre, non funiculées sur la nature desquelles nous ne sommes pas encore fixé.

M. Bourquelot rappelle qu'il a établi que le galactose pur ne fermente pas en présence de la levûre de bière et que la présence d'une petite quantité de glucose est nécessaire pour que la fermentation s'établisse. De nouvelles expériences lui ont appris que la levûre consommait à mesure les deux sucres, tirant ainsi son énergie spécifique de la substance qu'elle détruit sans qu'il soit encore possible de donner de ces phénomènes une interprétation suffisante.

M. Brown-Séquard communique des expériences desquelles il résulte que le centre respiratoire ne réside pas uniquement dans le bulbe et que les phénomènes qui se passent lorsqu'on pique le 4e ventricule sont donc inhibitoires.

M. Lataste étudie l'*évolution des dents de lait chez les mammifères.*

M. Gley remet une note de M. Lambling (de Lille) sur la composition chimique d'un rein amyloïde caractérisée par une diminution considérable des matières albuminoïdes existant en si grande quantité dans le tissu du rein normal.

M. R. Blanchard remet une note de MM. Wertheimer et Surmont sur les voies centripètes du réflexe de l'éternuement. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Ollivier, au nom de la section d'hygiène, apporte de nouvelles modifications à l'instruction qui fixe *la durée de l'isolement des lycéens atteints de maladies contagieuses* : 1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons, de la diphtérie, de la coqueluche, seront strictement isolés de leurs camarades; 2° La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion) ; elle sera de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphtérie, de vingt-cinq jours pour la varicelle, la rougeole, les oreillons. En ce qui concerne la coqueluche, dont la durée est extrêmement variable, on ne devra autoriser la rentrée que trente jours après la disparition absolue des quintes caractéristiques ; 3° L'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales, portant même sur le cuir chevelu ; 4° Les vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade devront être passés dans une étuve à vapeur sous pression ou soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés ; 5° La chambre qui avait été occupée par le malade devra être bien aérée. Les parois et les meubles seront rigoureusement désinfectés; les objets de literie seront passés dans l'étuve à vapeur sous pression ; enfin, les matelas préalablement défaits seront soumis au même traitement ; 6° Dans aucun cas, l'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées dans ce rapport, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées. Enfin, la réception de l'élève restera toujours subordonnée à un examen du médecin de l'établissement. — Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

M. Dujardin-Beaumetz, à l'occasion de la récente communication de M. G. Sée, sur *les maladies de l estomac jugées par un nouveau réactif*, fait observer que notre pays a beaucoup fait pour les maladies de l'estomac, depuis le dernier travail de M. G. Sée sur les dyspepsies Les travaux de MM. Gautier, Bouchard, Debove, Quinquaud, Beaumetz, Laborde le démontrent amplement. M. Dujardin-Beaumetz ne pense pas que l'étude du suc gastrique ait l'importance clinique que tend à lui reconnaître l'école allemande. L'absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac n'a plus l'importance qu'on lui attribuait dans le cancer de l'estomac, puisque cet acide peut disparaître dans la dilatation stomacale, et persister dans certains cas de cancer de l'estomac. L étude clinique du suc gastrique nous rendra-t-elle plus de services pour le diagnostic des

autres affections stomacales, et pourrons-nous, par la constatation précise de l'acidité du suc gastrique et de la nature de cette acidité, établir une thérapeutique rationnelle? Il y a là encore de grandes illusions sur la valeur exacte de ce signe. Bien des causes, en dehors de la digestion, modifient la production de l'acide du suc gastrique; ce sont les fonctions de la peau, des reins, et les perturbations nerveuses; ce sont, chez les femmes, l'apparition des règles. Aussi, M. Dujardin-Beaumetz pense-t-il que la chlorhydrothérapie repose sur des bases fragiles. M. Dujardin-Beaumetz n'admet pas la définition de la dyspepsie, telle que l'établit aujourd'hui M. G. Sée. Ce dernier veut que les dyspepsies gastro-intestinales ne soient que des opérations chimiques défectueuses; M. Dujardin-Beaumetz, au contraire, considère la dyspepsie comme un symptôme.

M. Germain Sée ne partage pas les opinions de M. Dujardin-Beaumetz, car la dyspepsie, depuis 1881, est devenue exclusivement chimique, basée sur l'altération du suc gastrique. C'est la dyspepsie vraie qu'il ne faut pas confondre avec l'atonie et les spasmes de l'estomac.

M. Constantin Paul estime que la diminution de l'urée est une probabilité de plus en faveur du diagnostic du cancer de l'estomac.

M. Laborde peut déclarer qu'on est fixé aujourd'hui sur la composition du suc gastrique; on a pu constater que l'acide lactique s'y trouve à l'état constant, mais que l'acide chlorhydrique peut faire défaut.

M. G. Sée ne s'est placé que sur le terrain de la clinique.

Suite de la discussion sur le traitement de l'anthrax. — M. Le Roy de Méricourt demande à M. Verneuil s'il attribue exclusivement à l'action de l'acide phénique la disparition de la douleur et la guérison dans les anthrax ou les furoncles, car il pense que l'origine microbienne du furoncle n'est pas démontrée et que son étiologie est complexe.

M. M. Perrin a recours, dans le traitement de l'anthrax, à la balnéation prolongée dans l'eau chaude. Pendant la nuit, le bain est remplacé par un cataplasme d'empois froid. Il doit s'opérer sous l'action de l'eau chaude d'actifs échanges endosmotiques qui ont pour effet d'expurger le terrain de l'anthrax de tous les déchets organiques qui s'y trouvent.

M. Léon Le Fort croit que l'acide phénique doit agir surtout comme anesthésique. Il est un certain nombre d'anthrax contre lesquels il est bien difficile de ne pas employer les moyens chirurgicaux.

M. Verneuil laissera aujourd'hui de côté la question du parasitisme, et s'appliquera à démontrer que les anthrax et les furoncles sont moins graves depuis qu'on ne recourt plus aux moyens chirurgicaux. Ici l'acide phénique agit comme anesthésique et comme parasiticide. Quant au traitement par les cataplasmes ordinaires, il est lamentable. En somme, le traitement de M. Verneuil est excellent, répond à toutes les indications et n'est pas exclusif quand même.

M. Laborde fait observer que l'acide phénique n'agit pas seulement comme microbicide, car il exerce son action sur la contractilité des vaisseaux capillaires.

M. Trélat partage l'avis de M. Verneuil sur l'action parasiticide de l'acide phénique, et fait observer que l'anesthésie ne se produit que lorsque l'acide phénique est employé à doses élevées; il en est de même de son action sur le système capillaire. Dans les anthrax particulièrement graves, chez des sujets profondément débilités, M. Trélat pense que le traitement préconisé par M. Verneuil est insuffisant et qu'il convient de recourir au bistouri.

Election de deux membres correspondants nationaux. — Première élection: Votants : 55 ; majorité, 28. M. Moitessier (de Montpellier) est élu par 43 voix, contre M. Barusby (de Tours) 7 voix; M. Soubeyran (de Montpellier) 5. *Deuxième élection.* Votants, 55. Majorité : 28. M. Engel (de Montpellier) est élu par 38 voix, contre M. Barusby, 9 voix; M. Soubeyran 7; bulletin blanc, 1.

L'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Trasbot sur les candidats au titre de membre correspondant national dans la section de médecine vétérinaire (3e division). La Commission présente : en première ligne, M. Arloing (de Lyon); en deuxième ligne, M. Abadie (de Nantes); en troisième ligne. M. Peuch (de Toulouse); en quatrième ligne, M. Signol (de Paris). Albert Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Lucas-Championnière montre différents échantillons de *catgut* préparés de façons diverses : les uns par la méthode ordinaire, les autres par un procédé spécial qui permet d'obtenir un catgut très résistant, même à l'état sec. C'est du catgut fait, non plus avec un seul, mais avec trois éléments de boyaux de mouton tressés. Au lieu d'employer le *mi*, il a fait préparer une corde à violon qui probablement au point de vue harmonique ne vaut rien du tout, mais qui est excellente pour la ligature.

M. Pozzi insiste sur la façon de préparer le catgut avec l'huile de bois de genévrier, ce qui le rend très flexible sans lui enlever sa résistance (1).

M. Lucas-Championnière croit que le catgut préparé ainsi est très-dur et n'est pas résorbé facilement.

M. Pozzi présente une pièce d'*hémato-pyosalpingite*. La poche est du volume des deux poings. Elle contenait du pus fétide et quelques caillots anciens. Elle s'était ouverte quelques jours auparavant dans le rectum à la suite d'accidents fébriles graves. La trompe et l'ovaire droits, légèrement altérés, ont aussi été extirpés. La malade opérée depuis trois jours va bien. Température oscillant entre 37° à 37°,5.

M. Marchand fait un rapport sur une observation de M. Jeannel (de Toulouse) : *Traumatisme grave sans réaction sur un utérus gravide.* La désarticulation du coude faite pour un traumatisme de l'avant-bras n'a pas causé l'avortement chez une femme enceinte. Pour M. Jeannel, c'est l'augmentation de température, la fièvre traumatique, qui jouirait d'une puissance abortive bien démontrée; ce ne serait pas la septicémie qui serait à craindre. La période périlleuse serait donc les premiers jours suivants l'accident. Malgré les expériences que M. Jeannel a faites, M. Marchand ne peut admettre de telles conclusions. Pour lui, les femmes en état de grossesse peuvent supporter des traumatismes graves, à condition de ne pas présenter de phénomènes septicémiques. Ce n'est pas la fièvre traumatique, mais la septicémie qui amène l'avortement.

M. Terrier insiste sur ce qu'il faut entendre par fièvre traumatique et fièvre septicémique.

M. Berger fait une communication sur l'*ostéomyélite des adultes*. On sait que cette maladie est de nature infectieuse; les recherches modernes ont bien établi ce fait. Les microbes ont été isolés; il suffit de citer les *Staphylococcus pyogènes aureus et albus* et divers bacilles. Ils ont été inoculés sans résultats. Cependant, ces agents n'ont rien de spécifique, et, pour qu'ils donnent naissance à une ostéomyélite, il faut une condition prédisposante spéciale. On croyait jadis que c'était surtout l'adolescence qui était en cause; les faits d'ostéomyélite de l'adulte viennent compliquer les choses; mais ils n'en sont pas moins intéressants. Aussi, M. Berger croit-il bon de rapporter le suivant :

Il s'agit d'une femme qui, après avoir travaillé outre mesure au moment de ses règles, fut prise de douleurs dans le genou, puis d'un épanchement dans cette articulation et de fièvre intense. Au bout de 15 jours, on vit se développer une tuméfaction au-dessus du genou. Cette collection fut ouverte; elle ne communiquait pas avec l'articulation déjà malade, mais allait jusqu'à l'os dénudé. L'état ne s'améliorant pas, on recourut d'abord à l'arthrotomie; puis, un jour après, on voulut faire l'amputation de la cuisse; mais M. Berger, trouvant du pus dans le canal médullaire, désarticula la hanche par la méthode lente. La mort ne tarda pas à survenir par les progrès

(1) Voir dans le *Progrès médical*, n° 1, 1888, l'article de M. Pozzi : *L'Antisepsie en gynécologie.*

de la septicémie. A l'autopsie on ne trouva pas d'abcès métastatiques, mais seulement un épanchement séro-purulent dans les plèvres et le péritoine. Tout le fémur, depuis le grand trochanter jusqu'au genou, était rempli de pus. Il y avait une infiltration purulente sous-périostique très considérable. On avait donc bien eu affaire à une ostéomyélite développée chez une femme adulte. M. Berger insiste sur l'apparente intégrité du membre, lors du début des accidents, et sur l'intégrité anatomique, constatée à l'autopsie, du membre, en ce qui concerne les lésions anciennes, vestiges d'une ostéomyélite de l'adolescence. En effet, il n'y avait pas d'hyperostose, pas de séquestre invaginé dans l'os amputé. M. Berger croit que l'ostéomyélite de l'adulte survient presque toujours chez des sujets ayant eu une poussée ostéomyélitique pendant leur adolescence ; et, cependant, dans ce cas, il n'en persistait pas le moindre indice. Certainement, les agents infectieux ne sont pas restés endormis dans le fémur de cette malade pendant une trentaine d'années. Pour lui, ce sont de nouveaux microbes qui sont arrivés dans un fémur autrefois atteint, car la malade raconte que jadis elle a eu des accidents osseux sur cet os pendant son adolescence. Ces microbes ont trouvé une porte d'entrée quelconque, qu'il n'a pas pu trouver.

M. Bouilly rapporte deux cas très analogues d'ostéomyélite de l'adulte. 1er *cas :* Dame de 32 ans ayant présenté pendant quinze jours tous les symptômes d'une fièvre typhoïde ; puis gonflement de l'extrémité supérieure de la cuisse ; suppuration localisée ; douleurs vives ; fluctuation. On ouvre l'abcès qui laisse écouler du pus avec des gouttes huileuses caractéristiques. L'os est dénudé. M. Bouilly fait une trépanation sur le trochanter et cette ponction osseuse donne issue à une purée rougeâtre, d'apparence splénique, indiquant le commencement d'une suppuration médullaire. Les accidents s'amendèrent bientôt, mais la cicatrisation fut lente. Du liquide sirupeux s'écoula pendant longtemps par la plaie. Cette malade, avant sa maladie, trainait la jambe et présentait depuis longtemps une certaine raideur dans le membre inférieur qui fut atteint. — 2e *cas :* Malade ayant présenté au haut de la cuisse gauche une collection purulente très étendue avec douleurs très vives. L'abcès ouvert, on trouva le fémur dénudé. Malgré les soins les plus antiseptiques, le malade, qui était très mal lors de l'opération, succomba à la suite des accidents septicémiques.

M. Lannelongue veut insister sur les points suivants : 1° L'adolescence n'a pas seule le privilège de prédisposer à l'ostéomyélite ; pendant l'enfance, on peut être atteint de cette maladie, et cela n'est pas rare. Il en a vu des cas chez des enfants extrêmement jeunes. Cela tient à ce que cette affection est en rapport avec le développement du squelette. — 2° Aujourd'hui on pense que l'ostéomyélite de l'adulte survient presque toujours chez des sujets ayant eu une poussée ostéomyélitique dans l'adolescence. Pour lui, il est persuadé que l'ostéomyélite primitive de l'adulte n'est pas si rare qu'on a l'air de le dire. En effet, il y a des cas (comme ceux de MM. Berger et Bouilly) qui sont vraiment des ostéomyélites et dans lesquels les accidents antérieurs sont très discutables. Pourquoi ne seraient-ce pas là des cas d'ostéomyélite primitive ? C'est sa conviction, car l'ostéomyélite de l'enfance ou de l'adolescence laisse toujours une trace quelconque de son existence (fistules, sequestres, hyperostoses plus ou moins volumineuses). — 3° Les portes d'entrée doivent être recherchées avec soin, car souvent elles peuvent ne pas attirer l'attention. Il signale les fissures, les croûtes, quelque soit leur siège, les dents malades, etc.

M. Trélat a fait une amputation de cuisse chez une femme de 59 ans pour une tumeur de la jambe. Il s'agissait d'une ostéomyélite subaiguë primitive. Cependant il y avait eu traumatisme six ans auparavant.— Il a fait, une autre fois, une désarticulation de l'épaule, après incisions multiples et considérables du bras, pour un abcès osseux spontané du coude, non soulagé par l'incision simple de la collection purulente. Malgré cette désarticulation, la température continua à monter et la malade mourut de la lancée d'ostéomyélite aiguë infectieuse. — Enfin, dans un troisième cas, il s'agissait d'un sujet de 37 ans, présentant, au niveau des deux condyles du fémur des cicatrices, vestiges d'une ostéomyélite de l'enfance, et une légère hydarthose de rappel. Le genou étant très tuméfié, la température très élevée, on fit une arthrotomie ; malgré des soins attentifs, on dut ensuite recourir à l'amputation de la cuisse.

M. Lefort insiste sur la difficulté du diagnostic de l'ostéomyélite, sur sa confusion si facile avec la fièvre typhoïde ; d'où la dénomination de typhus des membres. Il croit peu à l'influence des microbes dans cette affection.

M. Reclus cite un fait qui montre quelle attention il faut apporter à la recherche des phénomènes antérieurs de l'ostéomyélite, quand celle-ci a été peu intense.

M. le Dentu a fait une *tarsectomie* chez une femme de 30 ans pour un pied-bot très accentué. La face plantaire regardait en haut. Il a extirpé l'astragale, le cuboïde, a enlevé la partie antéro-interne du scaphoïde et la portion postéro-externe du calcanéum. La plaie était très anfractueuse et tout rapprochement des bords fut impossible. Il laissa cicatriser cette plaie. Il ne resta pas de fistules et maintenant la guérison est complète. Le calcanéum est en place. Cette femme, aujourd'hui, marche sans douleur. La percussion sur le talon n'est pas douloureuse.

M. Gérard Marchand montre un malade qui, à la suite d'une fracture de l'extrémité supérieure du péroné, présenta une *paralysie* du nerf sciatique poplité externe. Lorsqu'il le vit pour la première fois, la paralysie des extenseurs était absolue. Il découvrit le sciatique poplité externe : le nerf était refoulé par le cal, était devenu lamellaire et de couleur grisâtre. Il réséqua le cal exubérant et remit le nerf en place. Pendant cinq mois, pas d'amélioration. Aujourd'hui la contractilité est revenue dans les extenseurs et le malade marche bien.

Marcel Baudouin.

THÉRAPEUTIQUE

Influence de la digestion sur certaines diathèses.

L'intégrité des fonctions digestives est une des conditions les plus impérieuses du maintien de la santé : « Toute l'économie digère par l'estomac », a écrit un physiologiste de Montpellier. Dans les conditions d'existence actuelle cette intégrité est rare, mais les troubles fonctionnels de l'appareil gastro-intestinal, qui jouent un rôle étiologique si important dans un grand nombre de maladies, ne sont pas toujours évidents ; souvent il faut beaucoup de sagacité de la part de l'observateur et du praticien pour en reconnaître l'existence, en apprécier la nature et choisir le médicament approprié.

Aussi, ne faut-il pas s'étonner de voir attribuer à tel médicament la propriété de guérir un certain nombre de maladies qui n'ont guère de rapport entre elles. Cela ne se comprend pas évidemment à première vue, mais il est possible quelquefois d'en expliquer l'action thérapeutique par l'influence que ce médicament peut avoir sur l'amélioration de la digestion et partant de la nutrition en général. Une bonne digestion fournit des produits sains à l'absorption ; une digestion faussée, déviée, donne des résultats tout opposés ; c'est ainsi que sont produits et entretenus certains états morbides permanents ou diathésiques. Partant de cette idée, nous sommes parvenu à faire disparaître des prédispositions permanentes ou à guérir des maladies dont une thérapeutique d'un sens rationnel apparent ne parvenait pas à triompher, en ramenant tout simplement la digestion à son état physiologique ; les deux observations suivantes viennent à l'appui de ce que nous venons d'avancer.

Mme F. L..., quarante-huit ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, fut prise, il y a vingt-deux mois, d'une sciatique du côté gauche qui l'a tenue au lit pendant un laps de temps considérable. Elle a subi tous les traitements internes et externes imaginables sans succès. A quelques jours d'amélioration succèdent bientôt le retour des douleurs dans toute l'étendue du membre, avec gonflement considérable et grande sensibilité des articulations du pied, du genou et de la hanche, de façon à faire croire à une extension de l'affection primitive à ces parties. — Perte de l'appétit. — Comme cela arrive en pareilles circonstances, un eczéma généralisé des plus douloureux avait fait irruption. Rien non plus n'opérait contre cette complica-

tion qui rendait l'état de la patiente insupportable et la privait même de sommeil. Ce que notre pauvre malade a souffert pendant ce long espace de temps est incroyable et un dépérissement marqué s'en était suivi. En dépit de notre confiance dans sa constitution et dans sa résistance morale, nous étions à bout de nos moyens puisque nous les avions essayés tous sans succès. Nous attendions que la nature nous vint en aide, quand nous eûmes l'idée d'agir directement au moyen de la pancréatine, dans le but de modifier la nature des matériaux fournis à l'absorption et à la nutrition. Nous prescrivîmes donc quatre pilules de pancréatine Defresne aux principaux repas; au bout de quelques jours l'allure des digestions fut changée ; l'appétit revint et se régularisa ; une quinzaine de jours suffirent pour amener un changement radical dans l'état de la malade. L'eczéma s'éteignit sensiblement, les ongles des pieds et des mains grandissaient blancs, ils portaient en travers une ligne de démarcation attestant le moment où la nutrition s'était améliorée, le sommeil reparut, la sensibilité du membre diminua progressivement dans toutes ses parties ainsi que la tuméfaction, enfin la sciatique et les complications qu'elle avait fait naître ont en quelque sorte disparu, et il reste seulement à ramener l'usage du membre, qu'une inaction aussi prolongée avait porté à l'état de paralysie à peu près complète. Dès ce moment, les mouvements passifs, exercés sur la jambe du malade, l'ont assouplie, et nous espérons une guérison prochaine, étant en possession, grâce à la pancréatine Defresne (1), du moyen d'empêcher le retour des principaux phénomènes morbides.

M. M..., entrepreneur, quarante ans, tempérament sanguin, doit à sa profession et à sa manière de vivre le rhumatisme goutteux qui le tourmente. Il a les articulations de la jambe, du tarse, du métatarse et des orteils, déformées au point de devoir se faire façonner des chaussures spéciales : il n'est presque jamais sans souffrances et est souvent obligé de garder la chambre pendant des mois entiers; il a usé de tout ; l'alcoolature de colchique seule lui procurait quelque soulagement au retour des accès. Cet état ne semblait pas devoir s'amender quand nous pensâmes à agir directement sur la digestion et la nutrition au moyen de la pancréatine, sans rien changer dans le régime du patient, qui ne voulait à aucun prix renoncer à la bonne chère : il lui fut prescrit de prendre régulièrement six pilules de Pancréatine Defresne aux deux principaux repas. Nous devons avouer que nous n'avons pas été médiocrement surpris de contater, au bout de trois semaines, un changement radical dans l'état général du malade; après quatre mois environ de cette médication bien régulièrement suivie, toute souffrance a cessé, la déambulation est possible; restent seules les déformations sur lesquelles la médication pancréatique n'a aucune action directe.

(Extrait de la *Gazette des hôpitaux*.)

VARIA

Concours de l'Internat des Hôpitaux de Paris.

Le Concours de l'Internat des Hôpitaux vient de se terminer par les nominations suivantes, par ordre de mérite :

1. MM. Guillemain, Civel, Buscarlet, Laffite, Thiroloix, de Saint-Germain, Pilliet, Garnier, Macaigne, Lafourcade (Jules);

11. MM Marquezy, Macquart, Létienne, Tournier, Boulloche, Renault (Jules), Macon, Oustaniol, Bouffinet, Hallion ;

21. MM. Guyon, Prost, Lamothe, Gauly, Charrier, Philippe, Lautier, Adler, Roques, de Fursac ;

31. MM. Achalme, Chipault, Sardou, Tuilant, Audain, de Grandmaison, Baumgarten, Delagenière (Paul), Gibotteau, Reblaud.

41. MM. Bezançon, Thérèse, Enriquez, Clarot, Critzman, Mussy, Beaumé, Aviragnet, Répin, Brodier ;

51. MM. Sallard, Raoult, Thomas, Lelièvre, Sauvineau, Vignerot.

Ces nouveaux internes entrent en fonctions le 1er février.

Internes provisoires. — 1. MM. Faure-Miller (Roland), Homolle, Durand, Hélary, Bouel, Gauthier (Jean-Arthur), Aubert, Brésard, Debayle, Chantre ;

11. Breton, Calbet, Leblond, Decamps, Pescher, Ettlinger, Vialet, Dulac, Mlle Edwards, M. Malherbe ;

21. MM. Basset, Piole, Evrain, Estrada, Blaise, Gaston, Dubrisay, Goupil, Huguemin, Auscher ;

31. Willemin, Renault (Louis-Adolphe-Alphonse), Gilis, Poivet, Glover, Pineau, Richerolle, Lovy, Barthomeuf, Duchaine ;

41. Appert, Lebon, Martin (Louis), Gervais de Rouville, Marx, Camescasse.

Concours de l'Externat des Hôpitaux de Paris.

Le Concours de l'Externat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi soir, 21 janvier 1888, par la nomination des 253 candidats dont les noms suivent :

Ce sont MM. :

1. Kusmierski, Londe, Besançon, Moingeard, Zuber, Mayet, Delbet, Chevalet, Sée, Touche.

11. Rascol, Meslay, Charcot, Binot, Chapt, Endlitz, Gallet-Duplessis, Meunier, Simonot, Rochon-Duvigneau.

21. Meige, Walch, Lelièvre, Bergé, Javillard, Charbaut, Vatel, Pompidor, Wassilieff, Jourdan.

31. Condamy, Ménard (Henri-Alfred), Chaillou, Laforest, Lefèvre (Hippolyte), Critzmann, Brésard, Behr, Daudet, Basso.

41. Fauquez, Finet, Lepetit, Frey, Grandon, Sicard, Brunet, Dudefoy, Aubert, Duranti.

51. Gellé, Mlle Kohan, MM Lantzenberg, Pottier, Giresse, Michel, Bureau, Thibault (Hyacinthe), Gonget, Steeg.

61. Grinda, Slaicovitz, Vaudremer, Pachon, Jayle, Lailler, Brossard, Pescher, Ettlinger, Mme Tariakoff-Abricossoff.

71. Voizot, Quetin, Chibret, Magniaux, Lasserre, Contantinescu, Mounier, Morestein, Blaise, Gaston.

81. Berheim, Homolle, Adler, Boix, Caubet, Ravé, Gesland, Marie (de Bayeux), Daga, Soulier.

91. Gerson, Montbouyran, Terson, Frey (Edmond), Maurel (Henri-Pierre), Levy (Samuel), Le Joly-Sénoville, Wintrebert, Binand, Tuvache.

101. Le Mercier, Egret, Delteil, Gasnier, Lévi (Léopold), Laurent, Préfontaine, Colin (Henri), Zaguelmann, Zentter.

111. Bresset, Trenel, Pinconnat, Beaussenat, de Massary, Benoit, d'Haussy, Noir, Corbière, Stojanovitz.

121. Boyalo, Mlle Wilbouchewitch, MM. Berbez, Malherbe, Noël, Fouré, Le Juge de Segrais, Céide, Bellencontre, Plicot.

131. Choppin, Chaintre, Lamy, Duprey, Milhau, Peillon, Dejean de la Bâtie, Nogué, Fournier, Thery.

141. Coffart, Ransins, Carel, Petit, Saintu, Fanchon-Villeplie, Lemariey (Théodore), Sottas, Desbrières, Belin.

151. Tissier, Nicole, Ramadan, Papillon, Pouy, Bereaux, Dauly, Elefterion, Roullet, Taurin.

161. Barisien, Tolmer, Tripier, Pekmèze, Duchemin, Bonvalot, Druet, Hulmann, Letoux, Papillault.

171. Guay, Darnis, Estrabaut, Chaumont, Gauja, Jouis, Bellemain, Daniel, Laloy, Dufournier.

181 Bouchinet, Fougerat, Thomas, Maugin-Bocquet, Demanthe, Burnet, Springer, Cachan, Aymard, Piaget.

191. Vangeon, Magdeleine, Piffault, Manu, Chanut, Laplanche, Courtey, Bonnecaze, Banzet, Bouchard.

201. Luton, Durville, Debrabant, Lefèvre (Armand), Grajon, Paetet, Marot, Vialet, Iscovesco, Azam.

211. Chevandier, Schtein, Mignotte, Ozanon, Caron, Vigouroux, Ducourtioux, Blin, Bouchacourt, Broussard.

221. Jarre, Delansorne, Lecureuil, de la Porte, Hervouët, Marchadier, Diriart, Giovannoni, Rousseau, Perraudin.

231. Brayer, Marie (Armand), Castellanos, Pezet, Bourbon, Cahen, Regnard (Charles), Pornain, Menu, Jordanis.

241. Mesnard (René), Jacquet, Damain, Boudaille, Dubois, Hasle, Bonnard, Brion, Carton, Thanasesco.

251. Mercier, Bonnel, Bourgogne.

Congrès français de chirurgie (3e session. — Paris 1888).

La troisième session du Congrès Français de Chirurgie se tiendra du 12 au 17 mars 1888, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, sous la présidence de M. le Professeur VERNEUIL. Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès: I. *De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses).* — II. *De la valeur de la cure radicale des hernies*

(1) Nous considérons que la pancréatine retirée des ruminants ne contient pas de trypsine et ne digère pas l'albumine, nos confrères comprendront que nous ayons cru devoir nommer la pancréatine Defresne qui possède la trypsine et est très active sur l'albumine.

au point de vue de la guérison définitive. — III. *Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Liétevant et d'Estlander), indications, contre indications et résultats définitifs.* — IV. *De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes de la prophylaxie.*

N. B. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au Secrétariat général et y joindre la somme de vingt francs. Il leur est délivré un reçu détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au Secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail. Des démarches sont faites auprès des diverses Compagnies de Chemins de fer pour obtenir demi-place aux Membres du Congrès qui se rendront à la 3e session. Adresser toutes les communications à M. le Dr S. Pozzi, secrétaire-général, place Vendôme, à Paris.

Laïcisation de l'hôpital de la Charité.

La laïcisation de l'hôpital de la Charité a eu lieu lundi dernier. Les infirmières laïques ont été installées immédiatement après le départ des sœurs Augustines. Il ne reste plus à laïciser que Saint-Louis et l'Hôtel-Dieu.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 30. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Ch. Richet, Reynier. — 3e *de Doctorat,* (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, Déjérine.

Mardi 31. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Campenon, Peyrot. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Jaccoud, Fernet, Raymond, Cornil, Proust, Joffroy.

Mercredi 1er. — (Epreuve pratique) Méd. opér. : MM. Guyon, Delens, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Pouchet, Villejean. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Landouzy, Chauffard.

Jeudi 2. — (Epreuve pratique), Dissect. : MM. Panas, Polaillon, Quenu. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Duplay, Tarnier, Brun ; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Legroux, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Dieulafoy, Fernet, Quinquaud.

Vendredi 3. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Marc Sée, Rémy. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Chauffard, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Trelat, Budin, Reclus.

Samedi 4. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Proust, Hutinel, Troisier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Polaillon, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Tarnier, Bouilly, Schwartz.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Lundi 30. — M. Secheyron. De l'hystérectomie vaginale. — M. Kaddour. Des pneumonies dans les opérations d'extirpation du sein. — *Mardi* 31. — M. M. de Ginuard. Purpura hémorrhagique. — M. Baisle. De la guérison de pseudo-paralysie syphilitique. — *Mercredi* 1er. — M. Gaillon. Du carcinome latent de l'estomac et du carcinome à forme fruste. Etude clinique et chimique. — M. Gérard. Des injections vaginales chaudes prolongées dans le traitement des péritonites chroniques. — *Jeudi* 2. — M. Meyville. Traitement de certaines hernies dites irréductibles. — M. Le Roy de Langevinière. Des températures morbides de l'estomac et de leur interprétation clinique. — M. Plesard. Contribution à l'étude de l'hémianesthésie saturnine.

Enseignement médical libre.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — Le Dr Max. Durand-Fardel commencera ce cours le samedi 28 janvier, à 5 heures, dans l'amphithéâtre no 3 de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Ce cours sera fait en 12 leçons.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — M. le Dr Clado est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. Nepveu, démissionnaire ; — M. Vignal, licencié ès sciences, est nommé aide du laboratoire de clinique d'accouchements, en remplacement de M. Para, démissionnaire.

Facultés de Province. — *Promotions de classe.* — *Nancy.* — Hors cadre : M. Tourdes ; 1re classe : MM. Coze et Feltz ; 2e classe : Hecht, Beaunis, Poincarré ; 3e classe : Lallemant, Chrétien, Heygross, Bernheim, Henrcich, Weiss ; 4e classe : Garnier, Spillmann, Hergott ; — *Montpellier.* — Hors cadre : M. Combal ; 1re classe : MM. Moitessier ; 2e classe : Cassant ; 3e classe : Jaumes, Dubreuil, Bertin, Engel, Cavalier, Grasset, Grynfeltt, Lannagrâce, Chalot, Tédenat, Planchon ; 4e classe : Hamelin, Dumas, Kiener.

Hôpitaux de Paris. — *Concours de l'Externat.* Les dernières questions traitées ont été les suivantes : *Hydrocèle vaginale ; Hémorrhagies artérielles* ; *Des injections hypodermiques.* Le concours est terminé depuis le 19 janvier.

Concours de l'Internat. — La dernière question posée à l'épreuve orale a été : *Uretère et coliques néphrétiques.*

D'après avis du conseil d'administration de l'Assistance publique, en date du 26 janvier, les deux internes médailles d'or (1886 et 1887) devront être admis en supplément dans les deux services qu'ils ont choisi ; de cette façon, aucun interne déjà inscrit ne sera luxé.

Erratum. — Une erreur typographique importante s'est glissée dans l'article de M. le Dr Pozzi, paru dans notre dernier numéro. Le liquide qu'il emploie pour *l'irrigation continue est l'eau phéniquée* à 40/1000 et non pas à 1/1000. Il était indispensable d'insister sur cette rectification, car la solution à 1/1000 n'est presque pas antiseptique.

Nécrologie. — M. le Dr Cassoulet (G.), né en 1804, à Caumont (Lot-et-Garonne), qui appartenait à une famille dont plusieurs membres avaient exercé la médecine avec distinction, vient de mourir. En 1838, il présentait à la Faculté de médecine de Montpellier sa thèse de doctorat, intitulée : *Quelles sont les causes les plus fréquentes de la mort à la suite des grandes opérations chirurgicales.* — M. le Dr Darbon (F.-F.), né en 1823, à Pujols (Gironde), et dont le père était officier de santé à Preignac, vient de mourir. En 1850, il présentait à la Faculté de médecine de Paris sa thèse de doctorat, intitulée : *De l'influence de la pesanteur sur le développement et le traitement des affections chirurgicales.* — M. le Dr Bonnefous (de Rodez).

Enseignement de l'homoeopathie. — Les médecins de l'hôpital Saint-Jacques feront un cours *gratuit* de clinique thérapeutique à l'hôpital Saint-Jacques, 227, rue de Vaugirard, tous les dimanches, à 9 heures du matin, et un cours de matière médicale, les lundis, mercredis et vendredis, à 8 heures 1/2 du soir, 15, rue des Grands-Augustins.

La commune de Bèze (Côte-d'Or), demande un médecin ; elle fournit subvention et logement. Pays de chasse et de pêche. Gare sur la ligne d'Is-sur-Tille à Gray.

A céder en Normandie, pour cause de santé, une clientèle médicale dont le titulaire dessert pendant la saison, deux stations balnéaires des plus fréquentées.

Chronique des hôpitaux.

Répartition des élèves internes en médecine dans les différents services hospitaliers a Paris.

Hôtel-Dieu. — *Médecine* : M. G. Sée ; chef de clinique, M. Durand-Fardel ; interne, M. Parmentier. — M. Empis ; interne, M. Thirolois. — M. Proust ; interne, M. Méry. — M. Bucquoy interne, M. Besançon. — M. Mesnet ; interne, M. Iscovesco. — M. Dumontpallier ; interne, M. Janet.

Chirurgie. — M. Panas ; chef de clinique, M. Valude ; internes, MM. Sébilleau, Delagenière, Gibotteau. — M. Richet ; chef de clinique, M. Castex : internes, MM. Macquart, Hallion, Prost — M. Tillaux ; internes, MM. Demars, Rieffel.

Hôtel-Dieu (*annexe*). — M. Cornil ; interne provisoire, M. Bonel. — M. Oulmont ; interne provisoire, M. de Bayle.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — *Médecine :* M. JACCOUD ; chef de clinique, M. Bourcy ; interne, M. Lesage. — M. BROUARDEL ; interne (lauréat), M. Girode ; interne, M. Wurtz. — M. LANCEREAUX ; interne, M. Bouisson. — M. AUDHOUI ; in.erne, M. Philippe. — M. HUTINEL ; interne, M. Bouygues. — M. TROISIER ; interne, M. Hudelo.
Chirurgie. — M. VERNEUIL ; chef de clinique, M. Guinard ; internes, MM. Valas, Barraud, Faure. — M. POLAILLON ; internes, MM. Pozzi, Poulalion, Mariage.
Accouchements. — M. MAYGRIER ; interne, M. Vilcocq.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — *Médecine :* M. POTAIN ; chef de clinique, M. Sapelier ; interne, M. Dutil. — M. LABOULBÈNE ; interne, M. Mordret. — M. DESNOS ; interne, M. Alcindor. — M. FÉRÉOL ; interne, M. Despaigne. — M. LUYS ; interne, M. Régnier. — M. BLACHEZ ; interne, M. Boulloche.
Chirurgie. — M. TRÉLAT ; chef de clinique, M. Barette ; internes, MM. Delbet, Potherat, Guillemain. — M. DESPRÈS ; internes, MM. Tuilant, Mussy.
Accouchements. — M. AUVARD ; interne, M. Lefebre.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — *Médecine :* M. HAYEM ; interne, M. Tissier ; interne provisoire, M. Huguenin. — M. STRAUS ; interne, M. Dubarry. — M. LANDRIEUX ; interne, M. Isch-Wall. — M. RAYMOND ; interne, M. Hillemand. — M. HANOT ; interne, M. Legry. — M. MOUTARD-MARTIN ; interne, M. Récamier. — M. GINGEOT ; interne, M. Le Noir. — M. TAPRET ; interne, M. Boulay.
Chirurgie. — M. MARCHAND ; internes, MM. Bouffinet, Lamotte, Baumgarten. — M. MONOD ; internes, MM. Delagénière (Henri), Vigneron, Vilpelle.

HÔPITAL NECKER. — *Médecine :* M. PETER ; chef de clinique, M. Martinet ; interne, M. Leudet. — M. RIGAL ; interne, M. Valette. — M. RENDU ; interne, M. Chartier. — M. DIEULAFOY ; interne, M. Widal.
Chirurgie. — M. LEFORT ; chef de clinique, M. Beurnier ; internes, MM. Thiéry, Dagron, Oustaniol. — M. GUYON ; interne (lauréat), M. Hallé ; internes, MM. Albarran, Bureau, Rollin.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — *Médecine :* M. SIREDEY ; interne, M. Coffin. — M. GOUGUENHEIM ; internes, MM. Roques de Fursac ; interne provisoire, Gaston. — M. C. PAUL ; interne, M. Nodot. — M. BOUCHARD ; interne, M. Gaume. — M. DUGUET ; interne, M. Vignalou. — M. GÉRIN-ROZE ; interne, M. Courtois-Suffit.
Chirurgie. — M. PEYROT ; internes, MM. Plicque, Decressac. — M. BERGER ; internes ; MM. Calot, Mauclaire. — M. PÉRIER ; internes, MM. Reboul, Couder. — M. DELENS ; internes, MM. Achalme, Répin.
Accouchements. — M. PINARD ; interne, M. Paul Mantel.

HÔPITAL TENON. — *Médecine :* M. LANDOUZY ; interne, Mlle Klumpke ; interne provisoire, Chantre. — M. BARTH ; interne, M. Cuvillier. — M. LETULLE ; interne, M. Vaquez. — M. DREYFUS-BRISSAC ; interne, M. Brühl. — M. DANLOS ; interne, M. Hautecœur. — M. CUFFER ; interne, M. Dautigny. — M. ROQUES ; interne, M. Sardou. — M. MOIZARD ; interne, M. Laffitte.
Chirurgie. — M. BLUM ; internes, MM. Chevalet, Beaumé, Aviragnet. — M. RECLUS ; internes, MM. Buscarlet, Lafourcade, Marquézy.
Accouchements. — M. BAR ; interne, M. Deroche.

HÔPITAL BEAUJON. — *Médecine :* M. MILLARD ; interne, M. Jacquinot. — M. GUYOT ; interne, M. Chevalier. — M. GOMBAULT ; interne, M. Parelle. — M. FERNET ; interne, M. Laffite.
Chirurgie. — M. L. LABBÉ ; internes, MM. Gautier, Mauny. — M. DUPLAY ; internes, MM. Pichevin, Témoin. — M. B. ANGER ; internes, MM. Charrier, Adler.
Accouchements :. — M. RIBEMONT ; interne, M. Bouffe.

HOPITAL LAENNEC. — *Médecine :* M. BALL, interne, M. Klippel. — M. DAMASCHINO ; interne, M. Martha. — M. FERRAND ; interne, M. Ardouin. — M. le Pr CORNIL, suppléé par M. BROCQ ; Interne, M. Lion.
Chirurgie. — M. NICAISE ; internes, MM. Grampert, Arnould ; interne provisoire, M. Brésard.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — *Médecine :* M. GRANCHER ; chef de clinique, M. QUEYRAT ; interne, M. Guinon. — M. OLLIVIER ; interne, M. Luzet. — M. LABRIC ; interne, M. Mosny. — M. J. SIMON ; interne, M. Mouls. — M. DESCROIZILLES ; interne, M. Grandhomme.
Chirurgie. — M. DE SAINT-GERMAIN ; internes, MM. Pfender, de Lostalot-Bachoué.

HÔPITAL TROUSSEAU. — *Médecine :* M. CADET DE GASSICOURT ; interne, M. Caussade. — M. D'HEILLY ; interne, M. Vimont. — M. LEGROUX ; interne, M. Pallier.
Chirurgie. — M. LANNELONGUE ; internes, MM. Canniot, Lyot.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Médecine :* M. FOURNIER ; chef de clinique, M. Morel-Lavallée ; interne, M. Georges Baudoin. — M. TENNESSON ; interne, M. Lyon. — M. BESNIER ; interne, M. Thibault. — M. VIDAL ; interne, M. Maurin. — M. HALLOPEAU ; interne, M. Wickham. — M. QUINQUAUD ; interne, M. Nicolle.
Chirurgie. — M. PÉAN ; internes, MM. Lavaux, Jondeau, Moulonguet. — M. CHAMPIONNIÈRE ; MM. Bellanger, Conzette, Wallich.
Accouchements. M. PORACK ; interne, M. Laskine.

HÔPITAL COCHIN. — *Médecine :* M. D.-BEAUMETZ ; internes, MM. Leriche, Chrétien. — M. GOURAUD ; interne, M. Souques.
Chirurgie. — M. Th. ANGER ; internes, MM. Macon, Gauly, Chipault. — M. BOUILLY ; interne, M. Hamon.

MAISON DE SANTÉ. — *Médecine :* M. E. LABBÉE ; interne, M. Clarot. — M. LECORCHÉ : interne, M. Cousin.
Chirurgie. — M. SÉE ; internes, MM, Sallard, Thomas. — M. HORTELOUP ; internes, MM. Lantier, Enriquez.

SALPÊTRIÈRE. — M. CHARCOT ; chef de clinique, M. Gilles de la Tourette ; interne, M. Huet. — M. JOFFROY ; interne, M. Michaut ; interne provisoire, M. Breton. — M. A. VOISIN ; interne, M. Sauvineau. — M. J. VOISIN ; interne, M. Macaigne. — M. FALRET ; interne, M. Bezançon.
Chirurgie. — M. TERRILLON ; interne, M. Vignard.

ENFANTS-ASSISTÉS. — M. SEVESTRE ; internes, MM. Legrand, Springer ; interne provisoire, M. Vialet. — M. GUÉNIOT ; interne, M. de Grandmaison.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT. — M. BUDIN, chargé de cours ; chef de clinique, M. Loviot.

MARTERNITÉ. — M. LABADIE-LAGRAVE ; — interne, M. Pilliet — M. TARNIER ; interne, M. Létienne.
Chirurgien adjoint : M. le Dr BOUILLY ; interne : M. Dupré.

HÔPITAL DU MIDI. — M. MAURIAC ; interne, M. Audain. — M. DUCASTEL ; interne, M. Critzman. — M. HUMBERT ; interne, M. Renault ; interne provisoire, M. Dulac.

HÔPITAL LOURCINE. — M. MARTINEAU ; interne, M. Tournier. — M. BALZER ; interne, Reblaud. — M. POZZI ; interne, MM. Bourges, Civel ; interne provisoire, M. Aubert.

HOPITAL BICHAT. — *Médecine :* M. HUCHARD ; interne, M. Gillet. — M. LACOMBE ; interne, M. Chopard.
Chirurgie. — M. TERRIER ; internes, MM. Dumoret, Marcel Baudouin.

BICÊTRE. — *Médecine :* M. DÉJERINE ; interne, M. Sollier ; interne provisoire, M. Auscher. — M. DENY ; interne, M. Homolle. — M. BOURNEVILLE ; interne, M. Durand ; interne provisoire, M. Matton. — M. CHARPENTIER ; interne, M. Camescasse ; interne provisoire, M. Lebon. — M. Ch. FÉRÉ ; interne, M. Faure-Miller ; interne provisoire, M. Richerolle.
Chirurgie. — M. RICHELOT ; internes, MM. Brodier, Lelièvre ; interne provisoire, M. Malherbe.

INCURABLES. — M. GOMBAULT ; interne, M. Mallet ; interne provisoire, M. Piole. — M. FELIZET ; interne, M. Roussan ; interne provisoire, M. Decamps.

HOPITAL ANDRAL. — M. DEBOVE ; internes, MM. Regnault, Morel.

HOPITAL BROUSSAIS. — *Médecine :* M. BALLET ; interne provisoire, M. Gauthier. — M. COMBY ; interne provisoire, M. Leblond.
Chirurgie. — M. Reynier ; internes provisoires, MM. Saiton, Calbet.

SAINTE-PÉRINE. — M. CHAUFFARD ; internes, MM. de Fleury, Dupré (Ernest).

HOSPICE DES MÉNAGES. — M. ROBIN ; interne, M. Vignerot ; interne provisoire, M. Pescher.

LA ROCHEFOUCAULD. — M. OULMONT ; interne provisoire, M. Pineau.

AUBERVILLIERS. — *Médecine.* — M. TALAMON ; internes provisoires, MM. Poivet, L. Martin.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 5. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 4 FÉVRIER 1888

Le Progrès Médical

CLINIQUE NERVEUSE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Pr **CHARCOT**.

De l'Aphasie en général et de l'Agraphie en particulier, d'après l'enseignement de M le professeur Charcot ;

par **Pierre MARIE**.

Dans une leçon faite en décembre 1887, à la Salpêtrière, M. le professeur Charcot a montré à ses auditeurs un nouveau cas d'*agraphie*. A cette occasion, il est entré dans quelques détails sur l'histoire de ce mode spécial d'aphasie, à l'étude duquel il a si puissamment contribué. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de reproduire les points principaux de l'enseignement de notre maître sur ce sujet.

La malade dont il s'agit est une femme de 64 ans, présentant quelques antécédents héréditaires, qui, en 1868, à l'âge de 44 ans, eut une première attaque d'hémiplégie ; cette hémiplégie siégeait à droite et s'accompagna de paralysie de la langue. Au bout de quelque temps, *la parole redevint normale*, ainsi que *les mouvements*.

Mais, depuis cette époque, il a existé une véritable *impossibilité d'écrire*, quoique la malade pût parfaitement tenir une plume, sût très bien ce qu'elle voulait écrire, et eût même conservé nettement la notion visuelle de l'orthographe des mots ; mais « L'IDÉE (motrice graphique) DES LETTRES *ne lui revenait pas* ; » elle ne se rappelait plus la forme qu'il faut donner aux lettres. On a pu s'assurer, d'ailleurs, qu'auparavant elle jouissait d'une instruction assez étendue, grâce à l'examen des feuillets de son livre de dépenses antérieur à l'époque de sa maladie. On sait de plus d'une façon formelle que depuis cette attaque d'hémiplégie la malade lisait son journal tous les jours et parlait distinctement.

En 1879, nouvelle attaque ; cette femme tombe subitement dans la rue, frappée d'une hémiplégie gauche, avec perte complète de la parole. Il a persisté depuis une parésie du côté gauche, mais la parole était revenue au bout de deux ans, lorsque, en 1885, survint une nouvelle attaque suivie d'un simple embarras de la parole caractérisé par des troubles transitoires de l'articulation. Enfin, dans le courant de la même année, une quatrième attaque amena une perte complète et permanente de la parole. Depuis cette époque, il existe une paralysie labio-glosso-pharyngo-laryngée pseudo-bulbaire tellement marquée, qu'à plus d'une reprise il a été nécessaire de nourrir cette femme avec la sonde œsophagienne, tant la déglutition était difficile. Au laryngoscope, on constate très nettement que les lèvres de la glotte ne peuvent être rapprochées pour produire la phonation. Mais c'est là, en somme, un phénomène surajouté et tout à fait indépendant de l'agraphie, qui a existé seule et à l'état de pureté dès 1868.

On s'assure, du reste, aisément qu'elle n'est atteinte ni de surdité ni de cécité verbale; elle désigne, sans aucune hésitation, les objets dont le nom est prononcé ou écrit devant elle. Si elle-même ne peut écrire, cela ne tient certes pas à la parésie des mains, qui n'est pas assez forte pour l'empêcher de tenir une plume et elle copie tant bien que mal les caractères et les chiffres imprimés ou écrits qui lui sont présentés. Mais quand elle veut « composer, » écrire de sa propre initiative ce que lui dicte le langage intérieur ou ce qu'on lui communique, c'est une tout autre affaire; elle en est absolument incapable. En résumé, cette malade a conservé *l'image visuelle*, *l'image auditive* et peut-être aussi *l'image motrice* d'articulation (on ne peut juger de cette dernière faculté, par suite de la paralysie labio-glosso-laryngée), mais elle a perdu le mécanisme qui permet de transmettre les pensées par le *langage écrit*. C'est donc bien là une *agraphie* vraie.

L'agraphie, d'après la définition de M. le professeur Charcot, c'est la perte plus ou moins complète des mouvements coordonnés communiqués à la main pour exprimer la pensée par l'écriture, ou plus simplement encore « *l'aphasie de la main.* » Cette perte des mouvements coordonnés est d'ailleurs indépendante de toute paralysie ou parésie des mouvements vulgaires, ainsi qu'on peut s'en assurer en faisant copier aux malades des caractères ou des dessins, ou en leur faisant exécuter des travaux délicats (coudre, tricoter.)

Le mot agraphie date de 1867, époque où il fut introduit dans le vocabulaire scientifique par le physiologiste Ogle. Le fait lui-même avait déjà été nettement signalé en 1856 à la Société de Biologie, par Marcé, qui avait décrit le symptôme agraphie et cherché à établir son indépendance. Mais cette indépendance ne fut réellement et dûment démontrée que dans ces dernières années, grâce à la double série de preuves qu'apporta M. le professeur Charcot (Leçons de 1883, publiées par Rummo (1). En effet, tandis que, d'une part, notre maître fournissait une observation où l'agraphie se présentait à l'état de pureté, dégagée de toute confusion avec les autres formes d'aphasie (2), d'autre part, il montrait que dans certains cas la *faculté graphique* persiste tandis que les autres formes du langage sont en défaut et qu'alors celle-là peut venir jusqu'à un certain point au secours de celles-ci et exercer vis-à-vis d'elles un rôle de suppléance. La faculté du langage écrit pouvant ainsi soit disparaître soit être conservée d'une façon toute à part, son indépendance ne saurait être mise en doute.

Rappelant que la clinique était arrivée à isoler quatre éléments ou facteurs du mot: l'*image auditive*, l'*image visuelle*, l'*image motrice d'articulation*, l'*image motrice graphique* du mot, M. Charcot signalait un bien intéressant passage du livre de Hartley, médecin à Bath (Observations on man, 1749), précurseur de la grande école psychologie anglaise d'aujourd'hui, dans

(1) J. Charcot. *Differenti forme d'afasia*, Lezioniredatte del Dr Rummo, Milano, 1884. — Ces leçons ont été délivrées pendant l'été de 1883 et publiées en langue italienne. Une analyse en a été donnée par le Dr P. Marie dans la *Revue de Médecine*, t. III, 1883, p. 693. La thèse de M. le Dr Bernard (Paris, 1885) et l'ouvrage de M. G. Ballet (du *langage intérieur*, etc., Paris, 1886) en contiennent la substance. Voir aussi Charcot: *Leçons sur les maladies du système nerveux*, t. III, p. 152.

(2) Une autre observation d'agraphie pure a été publiée par M. le professeur Pitres (*Rev. de Méd.*), 1884.

lequel ce médecin arrivait, par les seules ressources de l'induction, aux conclusions suivantes : « les mots peuvent être considérés sous quatre aspects : 1° d'abord comme impression faite sur l'oreille ; 2° comme actes de l'organe de la parole ; 3° comme impression faite sur l'œil par les caractères (écrits ou imprimés); 4° comme actes de la main dans l'écriture. Après quelque réflexion, on trouvera que toutes les idées qu'excite le mot proviennent d'une des quatre sources qui viennent d'être mentionnées, principalement de la première (élément auditif) et de la troisième (élément visuel). » Comme on le voit, tout en donnant à ces deux sources de l'idée du mot une importance prépondérante, Hartley n'excluait pas les autres.

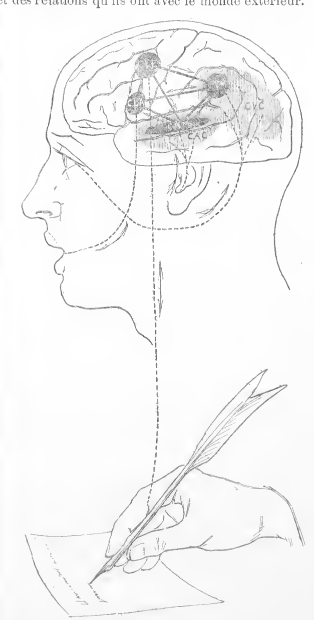
Et en effet c'est là, on le sait, la base des opinions professées par M. le professeur Charcot sur la fonction du langage que cette multiplicité et cette indépendance relative des sources dont nous tirons les éléments du mot.

C'est donc, en résumé, à quatre modes spéciaux de *mémoire du mot* (ou des impressions et actes par lesquels nous entrons en rapport avec celui-ci) que se résume le matériel de la faculté du langage ; supprimez l'une quelconque de ces mémoires partielles et vous produisez une et quelquefois même plusieurs espèces d'aphasie. Comme l'enseigne M. le professeur Charcot, l'*aphasie n'est qu'une amnésie*, et inversement toute amnésie verbale quelque légère, quelque limitée qu'elle soit est une aphasie. Il y a à considérer, par conséquent, à côté des aphasies correspondantes qui représentent le plus haut degré. Les amnésies *auditive, visuelle motrice d'articulation et motrice graphique* qui répondent au degré le plus faible. C'est là un point sur lequel notre maître a toujours pris soin d'insister tout particulièrement, car à son avis la notion de l'*amnésie* doit être la clef de toute la question des troubles du langage que nous étudions ici.

Cette notion des *mémoires* et des *amnésies partielles*, par cela même qu'elle a pour base l'indépendance de ces centres vis à vis les uns des autres, est, comme on le comprendra facilement, la contre-partie directe de la théorie qui veut établir une suprématie absolue des centres sensoriels sur les centres moteurs au point d'admettre que ces derniers ne sont mis en fonction que par une sorte de réflexe parti des premiers. Cette théorie, M. le professeur Charcot la rejette presque entièrement comme beaucoup trop absolue. La notion de l'amnésie appliquée à chacun des centres en particulier est en effet la contre-partie de cette théorie, puisqu'elle a pour base l'indépendance de ces centres vis à vis les uns des autres. La clinique d'ailleurs, ici comme toujours, fournit des arguments sans réplique. Fréquents sont les cas où l'on voit la cécité verbale la mieux caractérisée ne s'accompagner d'aucun degré d'agraphie, à tel point même que, comme l'a montré M. Charcot chez plusieurs malades atteints de cécité verbale, c'est en retraçant avec la main les caractères que ces gens arrivent parfois à comprendre le sens de ce qu'ils lisent. De même pour la surdité verbale, il n'est pas très rare de la voir exister seule, sans aphémie ; plusieurs cas de ce genre ont été publiés, et celui que l'on doit à M. Hitzig (1) en est un bel exemple. C'est là une preuve évidente que le centre moteur d'articulation a son existence propre et peut fonctionner sans aucun acte réflexe parti du centre de l'audition verbale.

(1) Ed. Hitzig. *Von der Materiellen der Seele. Vortrag gehalten in Halle. Leipzig*, 1886.

On peut aisément sur le schéma suivant (*fig.* 11), qui n'est autre chose que le schéma primitif de M. Charcot mis en place, se faire une idée de ces centres de mémoires partielles, des connexions qui les unissent entre eux et des relations qu'ils ont avec le monde extérieur.



(*Fig.* 11).

CVC. Centre visuel commun. — CVM. Centre visuel des mots. — CAC. Centre auditif commun. — CAM. Centre auditif des mots. — CLA. Centre moteur du langage articulé. — CLE. Centre moteur du langage écrit.

Prenons, par exemple, le centre de la mémoire des signes du langage écrit, ou centre *visuel des mots* CVM, c'est par l'œil que les notions spéciales ayant trait au *mot écrit* lui parviennent en même temps que les notions plus générales qui concernent non plus la signification des caractères mais simplement leur forme, leur aspect extérieur, pour ainsi dire, vont s'emmagasiner dans le centre *visuel commun* CVC. — Que le centre *visuel des mots* soit le siège d'une lésion, le malade pourra encore voir les mots écrits, mais *il ne les comprendra plus*, il sera atteint de cécité verbale. Mais si la lésion n'est pas exactement localisée en ce point, et

(1) La disposition des centres sur cette figure est purement schématique, et n'a au point de vue topographique aucune prétention à une exactitude anatomique rigoureuse.

c'est en somme le cas le plus fréquent, un autre phénomène viendra s'y joindre, le malade ne percevra plus par cette région du cerveau, par le centre visuel commun les impressions visuelles générales qui se dégagent des objets, il sera atteint en même temps et de *cécité verbale* et de *cécité psychique*, cette dernière se traduisant cliniquement par l'*hémianopsie*.

De même pour les centres auditifs CAC, CAM.

Quant aux centres *moteurs* soit de l'*articulation*, soit de l'*écriture*, des remarques analogues peuvent être faites, mais de notables différences doivent être relevées.

De même que l'on a vu le *centre visuel des mots* être en rapports intimes avec le *centre visuel commun*, de même le *centre moteur du langage écrit* CLE est en rapport avec le *centre moteur commun du membre supérieur*, et le *centre moteur de l'articulation verbale* CLA est en connexion étroite avec le *centre moteur commun de la langue et des lèvres*; pour ne pas compliquer le schéma, ces deux centres moteurs communs n'ont d'ailleurs pas été figurés, il suffit de signaler ici cette analogie.

On remarquera que sur le schéma les centres visuel et auditif ne sont rattachés au monde extérieur que par une seule ligne à direction centripète. Ce ne sont, en effet, que des *centres d'impression*. Au contraire, les centres moteurs de l'articulation et de l'écriture sont rattachés au monde extérieur par deux lignes (double flèche): l'une centrifuge, l'autre centripète; c'est que tout en étant surtout des *centres d'expression*, ils sont aussi, pour une certaine part, des *centres d'impression*.

Quant aux traits qui réunissent entre eux, dans les deux sens, les quatre centres de la mémoire des mots, ils expriment les connexions intimes et multiples, qui, d'après M. Charcot, existent entre ces différents centres et sur l'importance desquelles il y aura lieu d'insister tout à l'heure.

Pour le moment, ce sur quoi il faut attirer l'attention d'une façon toute spéciale, c'est sur la multiplicité et sur l'indépendance relative des sources dont nous tirons les éléments du mot. C'est, en effet, sur cette notion qu'est fondée la doctrine des *suppléances* fonctionnelles que M. Charcot a exposée en 1883 et qui tend de plus en plus à prévaloir. C'est encore sur cette notion que repose la méthode de *rééducation* qui donne souvent de si remarquables résultats. Instinctivement d'ailleurs, tel malade atteint de surdité verbale, comme celui de Fraenkel, et ne comprenant pas le sens des mots qu'on lui dit arrive à pénétrer ce sens par un des artifices suivants : ou bien il cherche à répéter, à articuler ces mots, et, grâce à ces mouvements, il finit par les comprendre; dans ce cas, le centre moteur qui préside à l'articulation des mots vient au secours du centre auditif; ou bien ce malade écrit le mot qu'il entend et en saisit alors le sens; ici c'est le centre moteur graphique qui vient au secours du centre auditif. Souvent aussi, comme M. Charcot en a montré plusieurs exemples, les individus atteints de cécité verbale arrivent à comprendre les mots écrits en cherchant à tracer eux-mêmes les caractères qui les composent, soit avec une plume, soit simplement dans l'air avec le doigt; c'est alors le centre moteur graphique qui vient au secours du centre visuel. Les impressions plus fortes fournies par le centre moteur graphique, viennent ici mettre en valeur les impressions faibles et d'un caractère douteux fournies par les impressions visuelles. Ainsi, on peut voir le centre visuel suppléé par le centre graphique, et le centre auditif par le centre moteur d'articulation, et cela parce que la mémoire des mouvements d'articulation et celle des mouvements graphiques font, au même titre que les images visuelles et auditives, partie du langage intérieur et peuvent, elles aussi, comme ces dernières, réveiller l'idée du mot.

Mais la loi d'indépendance des centres n'est cependant pas une loi absolument générale, il y a réellement des cas où la suppression des centres sensoriels visuel et auditif paralyse le centre d'articulation et produit l'aphasie motrice ou l'agraphie. La raison de ces variétés c'est que, comme l'a montré M. Charcot, l'appareil du langage est loin de fonctionner de même chez tous les individus, il existe, à cet égard, des aptitudes, des *types* très divers. Suivant que, dans le langage intérieur, tel ou tel centre prédomine dans la représentation du mot, suivant que chez tels ou tels individus la formation de l'idée du mot a lieu de préférence par un des mécanismes exposés plus haut, on aura affaire à des *visuels*, à des *auditifs*, à des *moteurs graphiques*, à des *moteurs d'articulation*, ou, enfin, à des *indifférents*, lorsqu'il s'agira de gens qui sont en état d'arriver à la représentation du mot par l'un quelconque des quatre procédés en question. Cette notion des différents types de langage intérieur a été introduite dans la science par M. le professeur Charcot, et si nous y insistons ici c'est que son importance est extrême; sans elle il est impossible de se rendre nettement compte soit de la faculté du langage, soit des différentes variétés d'aphasie. Et qu'on ne s'y trompe pas, la distinction en visuels, auditifs, etc., n'est pas une simple concession d'éclectisme (ce modérantisme scientifique en général si stérile), elle est l'expression exacte de la réalité vécue. Il est en effet de toute évidence que parmi les médecins physiologistes ou psychologues qui se sont occupés avec le plus de soin de cette question des sources du langage intérieur et qui ont montré le plus de pénétration dans leurs investigations sur eux-mêmes, les uns sont des auditifs, les autres des visuels, quelques-uns des moteurs; aussi est-il aisé de comprendre, ainsi que l'a fait voir M. G. Ballet dans sa thèse d'agrégation, pourquoi les résultats auxquels ils sont arrivés sont aussi différents les uns des autres, bien que dans le cas particulier, pour ce qui était de son propre mécanisme, chacun de ces auteurs eût pleinement raison (1).

Cette notion des variétés individuelles, introduite par M. Charcot, permet en outre de comprendre que c'est chez les *indifférents*, comme il les appelle, chez les individus dont les centres jouissent de la plus grande autonomie que dans le cas de destruction d'un de ceux-ci se manifestent le plus aisément les phénomènes de suppléance par les autres centres. Tandis que les personnes qui n'ont cultivé qu'un seul genre de mémoire des images du mot se trouvent toutes désemparées si le centre de cette mémoire vient à être altéré. Et dans ce cas on peut voir par exemple la seule lésion du centre auditif amener outre la surdité ver-

(1) On peut dire par exemple que M. le Pr Stricker est surtout un *moteur*.

On comprend aisément combien, en présence de variations aussi étendues dans l'état normal, il est difficile de tracer les caractères qui pourraient permettre de distinguer cliniquement les aphasies corticales (par lésion des centres eux-mêmes) d'avec les aphasies sous-corticales ou de conduction (par lésion des seules fibres issues de ces centres). Il ne semble pas que ce désideratum ait été jusqu'à présent rempli d'une façon réellement pratique et certaine

bale une véritable aphasie motrice, bien que la circonvolution de Broca ne soit le siège d'aucune altération; ou encore la seule lésion du centre visuel produire l'agraphie sans qu'il y ait de lésion dans le centre de Exner (pied de la 2e frontale gauche). On peut ainsi se convaincre que tous ces cas qui pourraient être considérés à *priori* comme allant à l'encontre de l'indépendance de la faculté du langage écrit, se trouvent au contraire expliqués de la façon la plus naturelle, et que l'agraphie n'en reste pas moins, comme l'a montré M. le professeur Charcot, une forme d'aphasie parfaitement autonome.

PATHOLOGIE NERVEUSE

De la température dans les accès isolés d'épilepsie ;

Par **Georges LEMOINE**, agrégé de la Faculté de Lille, Médecin-adjoint de l'Asile de Bailleul.

Depuis les remarquables recherches faites sur ce sujet par M. Bourneville et publiées par lui en 1870 dans sa thèse inaugurale, d'abord, puis dans ses *Etudes cliniques et thérapeutiques sur les maladies du système nerveux* (1872) (1), il était admis sans discussion que les accès d'épilepsie déterminaient une légère élévation de la température centrale; cette augmentation pouvant varier entre un dixième de degré et un degré quatre dixièmes. Tout récemment, un auteur allemand, M. Witkowski (2) vint contester les conclusions de M. Bourneville et posa en principe que l'accès d'épilepsie n'exerce généralement aucune action sur la température du malade. Même les séries d'accès, ajoute-t-il, dont cependant les effets devraient s'additionner, peuvent évoluer sans déterminer de fièvre. Devant les assertions de M. Witkowski, M. Bourneville s'empressa de publier un nombre considérable d'observations qui toutes prouvaient que les règles qu'il avait posées autrefois ne souffraient que de rares exceptions. Dans le *Progrès médical* et dans les *Archives de neurologie* il donna une liste de plus de deux cents cas étudiés dans son service, et en s'appuyant sur eux put maintenir les conclusions qu'il avait posées autrefois. L'importance de la question et la divergence d'opinion de ces deux auteurs, difficile à expliquer, puisqu'il ne s'agit là que de bien observer les faits, nous ont engagé à vérifier leurs conclusions. Nous avons pris, à l'asile d'Armentières, la température de près de 200 épileptiques en accès, et cela nous a permis de constater que la règle formulée par M. Bourneville est exacte et que l'accès isolé élève la température centrale.

Nous donnons ici un tableau contenant notre statistique. Pour que nos résultats soient comparables à ceux obtenus par M. Bourneville, nous avons, comme lui, pris la température rectale de nos malades pendant la période de stertor, un quart d'heure, puis deux heures après l'accès. Autant que possible nous avons observé plusieurs accès chez le même malade dans le but de constater quelles variations subissait sa température pendant chacun de ses accès et de les comparer les uns aux autres.

Il résulte de l'examen des 182 observations que nous avons réunies en tableau la preuve de ce fait que la température centrale monte pendant l'accès d'épilepsie et descend ensuite progressivement. Un quart d'heure après l'accès elle est déjà tombée de deux dixièmes de degrés en moyenne ; deux heures après elle est revenue au chiffre normal et même parfois un peu audessous. Nous sommes donc arrivés exactement à la même conclusion que M. Bourneville, à savoir que *les accès isolés d'épilepsie augmentent la température centrale.* Nous n'avons rencontré aucune exception à cette règle sauf dans un cas particulier dont nous parlerons plus loin.

Certaines particularités, d'une importance secondaire il est vrai, se font remarquer au cours de ces observations.

1° Dans la majorité des cas l'élévation de température est relativemeut faible, elle oscille entre un dixième de degré et un degré et demi. La température normale du sujet étant, par exemple, de 37°,5, elle pourra s'élever, au moment de l'accès, à un chiffre intermédiaire entre 37°,6 et 39°. La moyenne de l'ascension thermique est de 0,7.

2° Il est rare que la température dépasse, pendant l'accès, le chiffre de 39°. Nous n'avons observé ce cas que chez deux malades (obs. 4, 7 et 117). Et alors elle reste élevée et deux heures après elle oscille encore autour de 38°,2.

3° La température prise pendant la période de stertor est assez souvent relativement basse, 36°,6, 36°, 4, ce qui pourrait faire supposer un instant qu'elle s'abaisse à ce moment. Il n'en est rien, car on s'aperçoit qu'un quart d'heure après elle a baissé de quelques dixièmes et que cette chute s'est encore accentuée deux heures plus tard. Il faut bien admettre que si dans ce cas l'ascension thermique n'a pas été plus forte pendant l'accès, c'est parce que la température du sujet était normalement un peu au-dessous de la moyenne. Nous avons observé un malade, idiot et épileptique, le nommé More... qui présentait toujours, lors de ses crises, un abaissement notable de sa température centrale. C'est le seul cas de ce genre que nous ayons rencontré.

8 décembre	1886. —	36°,8	38°.»	38°,2.
5 janvier	1887. —	39°,4	36°,7	36°,5.
24 —	1887. —	35°,6	34°,5	36°,5.
28 —	1887. —	35°,6	35°,3	36°,4.
29 —	1887. —	35°,2	34°,2	34°,8.

Ce malade avait des crises d'épilepsie extrêmement violentes et la période de stertor se prolongeait très longtemps. Il était très affaibli, et nous pensons que la débilité de l'état général était pour beaucoup dans l'abaissement de sa température. Dans l'intervalle de ses accès nous avons, à de nombreuses reprises, pris sa température, et nous l'avons toujours trouvée inférieure à 37°.

4° Le même malade peut présenter, pour un accès isolé, une température très différente de celle des autres accès, et cela du jour au lendemain; c'est ainsi que nous voyons le nommé Vill... avoir un jour 39°,2 pendant la période de stertor et, un autre jour, 36°,6 (de 4 à 9). — La plus grande irrégularité peut se montrer et il est rare qu'un épileptique présente toujours la même température lors de ses différents accès.

5° Ce qui démontre bien que la température est élevée sous l'influence de l'accès, c'est qu'elle baisse parfois très rapidement et peut même être au bout d'un quart d'heure inférieure de un degré à ce qu'elle était pendant la période de stertor. Exemple l'obs. 177 où elle tombe en quinze minutes de 38°,6 à 37°,7. Et dans

(1) Consultez encore le *Progrès médical*, 1886, nos 48 et 49 ; 1888, no 2 ; et les *Archives de Neurologie*, 1888.

(2) Witkowski. — *Berliner Klin. Wochenschrift*, nos 43 et 44, 1886.

NUMÉROS.	NOMS.	TEMPÉRATURES RECTALES PRISES au moment de la période du stertor.	un quart d'heure après l'accès.	deux heures après l'accès.
1	Bas...	38°,7	38°,6	37°,6
2		38°,5	38°,4	37°,7
3		38°,8	38°,5	38°,»
4	Vill....	39°,2	39°,»	38°,2
5		36°,6	36°,4	36°,1
6		38°,2	38°,»	37°,5
7		39°,»	38°,7	38°,»
8		37°,8	37°,5	37°,5
9		38°,3	37°,9	37°,4
10	Lassel...	38°,8	37°,9	37°,4
11		37°,4	36°,8	36°,3
12		36°,8	36°,5	36°,2
13		37°,8	37°,5	37°,2
14		37°,4	37°,»	36°,8
15	Loock...	38°,7	37°,8	36°,9
16		37°,4	37°,1	36°,4
17		37°,8	37°,2	36°,9
18		37°,3	36°,8	37° 4
19		37°,9	37°,6	37°,1
20		37°,6	37°,4	37°,»
21		36°,8	36°,5	36°,4
22		37°,1	36°,8	36°,5
23		37°,6	37°,4	36°,9
24		37°,7	37°,4	37°,»
25	Brun...	37°,6	37°,2	36°,6
26		38°,6	38°,4	37°,9
27		38°,1	38°,7	37°,7
28		38°,3	38°,1	37°,6
29		38°,5	38°,3	37°,8
30		38°,2	38°,»	37°,5
31		37°,9	37°.8	37°,4
32	Delav...	38°,»	37°,5	36°,8
33		37°,9	37°,8	37°,3
34		38°,2	38°,»	37°,6
35		37°,8	37°,5	37°,4
36	Thib...	37°,2	36°,7	36°,4
37		37°,6	37°,3	36°,8
38		36°,8	36°,6	36°,4
39		37°,6	37°,4	37°,1
40		36°,9	36° 5	36°,3
41		37°,8	37°,5	37°,1
42		37°,6	37°,2	36°,7
43		36°,9	36°,8	36°,5
44		38°,1	37°,8	27°.4
45		37°,5	37°,2	37°,»
46		37°,2	37°,1	36°,7
47	Derac...	37°,9	37°,5	37°.1
48		37°,7	37°,6	37°,2
49		37°,2	36°,9	36°,7
50	Bonn....	38°,»	37°.5	36°,9
51		36°,9	36°,5	36°,1
52		37°,8	37° 4	36°,8
53		38°,3	37°,9	37°,3
54		37°,4	37°,1	36°,5
55		37°,7	37°,1	36°,7
56		38°,7	38°,7	38°,3
57		38°,3	38°,1	37°,6
58		37°,8	37°,5	37°,2
59		37°,6	37°,5	37°,»
60		38°,1	37°,8	37,°5
61	Duques...	37°,2	36°,7	36°,3
62		38°,3	37°.7	37°.9
63		38°,9	38°,7	38°,3
64		37°,8	37°,5	37°,1
65		37°,9	37°,6	37°,1
66		38°,2	37°,9	37°,6
67		38°,8	37°,6	37°,3
68		38°.2	37°,8	37°,5
69		37°,6	37°,4	37°,»
70	Franç...	37°,8	37°,2	36°,9
71		37°,5	37°,3	36°,9
72		37°,5	37°,4	37°,4
73		37°,8	37°,6	37°,2
74		37°,2	36°,9	36°,6
75		37°,6	37°,5	37°.2
76		37°.8	37°,5	37°,2
77	Clast...	38°,3	37°,8	37°,4
78		38°,3	37°,9	37°,5
79		37°,6	37°,2	37°,»
80		38°,2	37°,8	37°,5
81		37°,9	37°,4	37°,2
82		37°,8	37°,6	37°,2
83		38°,1	37°,9	37°,5
84		38°,»	37°,9	37°,4
85		37°,7	37°,6	37°,2
86	Belpal...	38°,6	38°,1	37°,7
87		38°,4	38°,2	37°,8
88		37°,9	37°,6	37°,4
89		38°,2	37°,9	37°,5
90		38°,4	38°,1	37°,7
91	Chirou...	38°,»	37°,4	37°,1
92		37°,9	37°,5	37°,1
93		37°,8	32°,4	37°,1
94		37°,6	37°,4	36°,9
95		37°,5	37°,2	36°,7
96		38°,6	38°,1	37°,6
97		37°,3	37°,1	36°,6
98		37°,9	37°,6	37°,2
99		38°,2	37°,9	37°,2
100		37°,6	37°,4	37°,»
101		37°,8	37°,5	37°,2
102		38°,1	38°,»	37°,8
103		38°,6	38°,2	37°,9
104		38°,2	38°,1	37°,5
105		37°,9	37°,8	37°,5
106		38°,4	38°,2	37°,8
107	Guerb...!	37°,6	37°,2	36°,8
108		38°,1	37°,7	37°,4
109		38°,6	37°,9	37.°6
110		37°,7	37°,2	36°,9
111		36°,8	36°,7	36°,4
112		37°,2	37°,»	36°,6
113		37°,2	37°,1	36°,9
114		38°,1	37°,8	37°,5
115	Delesc...	38°,4	37°,9	37°,4
116		39°,1	38°,7	38°,2
117		38°,6	38°,2	37°,7
118		37°,9	37°,5	37°,4
119		38° 2	38°,»	37°,5
120		37°,8	37°,5	37°,»
121		37°,9	39°,9	37°,6
122	Vanderl....	38°.4	38°,1	37°,8
123		38°,6	38°,3	37°,8
124		38°,2	38°,»	37°,5
125		37°.5	37°,4	37°,2
126	Evr...	37°,3	36°,9	36°,6
127		38°,1	37°,9	37°,4
128		37°,6	37°,2	36°,9
129		38°,2	38°,»	37°,4
130		37°,9	37°,6	37°,2
131	Mars....	37°,6	37°,4	37°,1
132		36°,9	36°,5	36°,4
133		37°,2	37°,1	36°,8
134		37°,8	37°,5	37°,1
135	Lamb...	38°,1	37°,9	37°,5
136		38°,1	37°,8	37°,3
137		38°,1	37°,6	37°,1
138		36°,8	36°,5	36°,3
139		38°,2	38°,1	37°,5
140		37°,7	37°,5	37°,2
141		37°,8	37°,5	37°,1
142		38°,1	37°,8	37°,2
143	Warocq....	37°,3	37°,1	36°,8
144		37°,2	36°,8	36°,6
145		37°,8	37°,6	37°,1
146		37°,9	37°,5	37°,2
147		37°,8	37°,5	37°,»
148		37°,3	37°,1	36°,7
149		38°,7	38°,5	38°,3
150		36°,8	36°,7	36°,4
151		37°,3	37°,1	36°,8
152		38°,5	38°,3	38°4,

NUMÉROS.	NOMS.	TEMPÉRATURES RECTALES PRISES		
		au moment de la période du stertor.	un quart d'heure après l'accès	deux heures après l'accès.
153		37°,8	37°,5	37°,2
154		37°,6	37°,3	36°,8
155		38°,2	37°,9	37°,5
156		36°,7	36°,6	36°,5
157		37°,8	37°,6	37°,2
158	Gourl...	38°,4	38°,1	37°,5
159		38°.4	38°,2	37°,7
160		37°,8	37°,4	37°,»
161		37°,9	37°,8	37°,2
162		38°,3	38°,2	37°,6
163	Depéc...	38°,3	38°,1	37°,6
164		37°,8	37°,6	37°,2
165		38°,1	37°,8	37°,5
166	Vanh...	38°,7	38°,3	37°,6
167		38°,6	38°,3	37°,8
168		38°,7	38°,4	37°,9
169		38°,»	37°,9	37°,6
170		38°,2	38°,1	37°,5
171		38°,6	38°,5	37°,7
172		37°,9	37°.5	37°,2
173	Cul...	37°,9	37°,6	37°,1
174		38°,3	38°,»	37°,5
175		37°,8	37°,5	37°,1
176		38°,6	38°,2	37°,6
177	Vit...	38°,6	37°,7	37°,9
178		38°,5	37°,8	38°,1
179		38°,2	38°,1	37°,6
180	Lep...	37°,9	37°,4	37°,2
181		37°,6	37°,2	37°,»
182		37° 6	37°,5	37°,1

ce cas la crise n'avait pas été plus forte que de coutume.

En résumé, il résulte de nos observations que la loi formulée en 1870 par M. Bourneville paraît exacte, à savoir que les accès isolés d'épilepsie produisent une légère élévation de la température centrale.

Note de la rédaction : Dans nos premiers travaux sur la température dans l'épilepsie, nous avons dit que l'élévation que l'on constate à la fin des accès d'épilepsie pouvait servir à distinguer l'*épilepsie vraie* de l'*épilepsie simulée.* (Voir entre autres : *Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux*, 1870, 1873, p. 250). Nous appelons de nouveau l'attention sur ce fait qui nous paraît avoir une réelle importance ; nous insistons d'autant plus que, dans une note publiée par le Dr Gottardi, sur le *diagnostic différentiel entre l'épilepsie vraie et l'épilepsie simulée*, il s'approprie l'indication de ce signe différentiel (1).

(1) *Arch. médicales Belges*, 1880, tome XVII, p. 323.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE. — La société a tenu sa séance publique mensuelle le mercredi 25 janvier, à 8 h. 1/2 très précises du soir, rue de l'Abbaye, Salle de la Société de Chirurgie. Ordre du jour : 1° *Installation du Bureau pour* 1888. *Allocution de* M. L. COLIN, *président sortant ; allocution de* M. GRANCHER, *président pour* 1888 ; 2° Dr POINCARRÉ. *Recherches expérimentales sur l'action toxique des conserves ;* — 3° Dr DESHAYES. *L'infection de la Seine à Rouen par le pétrole ;* — 4° Dr DUGUET. *Note sur un cas d'intoxication saturnine ;* — 5° Dr DUBRISAY ET Dr NAPIAS. *Resultats d'une enquête sur les Hôpitaux d'isolement en Europe ;* — 6° Dr GELLÉ. *Notes sur les colonies de vaccine des Elèves des Ecoles du XIVe arrondissement ;* — 7° Dr THOINOT. *Les épidémies de fièvre typhoïde et le régime des eaux à Troyes ;* — 8° Dr GRANCHER. *Sur la désinfection des crachoirs des tuberculeux.* — *Nominations des membres nouveaux.*

ÉLECTRICITÉ MÉDICALE

Sur la résistance électrique considérée comme signe clinique (*fin*) (1) ;

Par le Dr R. VIGOUROUX, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière.

Mesure de la résistance à un moment quelconque en unités absolues. L'utilisation de ces données serait à la fois plus facile et plus sûre si au lieu d'être simplement comparative l'évaluation de la résistance pouvait se faire en unité électrique. Ce problème nous avait arrêté autrefois ; il nous paraît résolu par une disposition que nous avons indiquée l'an dernier (*Prog. méd.*, 1886). Mais comme nous n'en avons parlé que d'une façon incidente à propos du dosage en électrothérapie, il est nécessaire d'y revenir avec quelques détails. En général, la détermination d'une résistance serait une chose très simple si on connaissait exactement la force électro-motrice du courant. Le galvanomètre donnant l'intensité, il suffirait de prendre le quotient de ces deux valeurs suivant la formule de Ohm. Or avec les appareils usuels d'électrothérapie on ne connaît pas la force électro-motrice. Tout au plus peut-on la supposer d'après le nombre et la nature des éléments. Si on emploie des Daniell on admettra que 10 éléments représentent à très peu près 10 volts ; si ce sont des Leclanchi 10 éléments équivaudront à un peu plus de 14 volts. Mais c'est là une supposition gratuite ; rien ne garantit que chacun des éléments possède effectivement sa force électro-motrice nominale. Une évaluation de la résistance au moyen de ces données ne peut être qu'une approximation très incertaine. Il en serait tout autrement s'il existait un moyen commode de mesurer à tout instant la force électro-motrice de la pile. Nous avions d'abord songé à employer un voltmètre en même temps que le galvanomètre ; mais le désir de ne pas charger la table d'électrothérapie d'un nouvel instrument nous a fait préférer la combinaison suivante : le galvanomètre (système Deprez-d'Arsonval, vertical, apériodique, divisé en deux cents dix millièmes d'ampère) peut servir à volonté de voltmètre, deux divisions correspondant à un volt. Pour cela les communications sont établies de telle façon que l'instrument est dans le circuit lorsqu'il doit marquer l'intensité et en dérivation pour indiquer les volts. Dans ce dernier cas des résistances additionnelles se trouvent introduites. Ces communications se font au moyen d'un commutateur qui présente trois leviers. En abaissant le premier on met le galvanomètre dans le circuit ; en abaissant le second on le met en dérivation sur les poles de la pile formée par le nombre d'éléments employés ; avec le troisième la dérivation est prise aux bornes de la table, c'est-à-dire aux électrodes qui en sont le prolongement. On a, de cette façon, d'abord l'intensité et ensuite à volonté la force électro-motrice aux extrémités de la pile ou aux électrodes. C'est cette dernière qui doit servir pour la mesure de la résistance. Non-seulement on n'a pas à se préoccuper de la polarisation des électrodes mais on en a la mesure exacte en comparant les deux forces électro-motrices. Celle de la pile devenant supérieure d'autant plus que le courant a été fort ou a duré de temps.

Quelques chiffres feront comprendre le procédé. Nous venons de prendre la résistance dans un cas fruste de maladie de Basedow, chez une femme de 37 ans. Les

(1 Voir *Progrès medical*, n° 3, 1888).

électrodes en charbon recouvert de peau de chamois ont respectivement 6 et 4 centimètres de diamètre. La plus petite est placée sur le sternum au niveau du troisième cartilage costal ; l'autre entre les épaules, immédiatement au dessous de l'apophyse de la septième vertèbre cervicale. Courant de dix Leclanché, électrode sternale positive. Le temps est compté à l'aide de la montre chronographe, à partir du moment où on a établi le courant. A la fin des soixante secondes, l'aiguille du galvanomètre, par une marche presque uniforme, a atteint la 120e division du cadran et indique par conséquent une intensité de 120 dix millièmes d'ampère. A ce moment précis, on abaisse celui des deux leviers du voltmètre, qui indique la force électromotrice aux électrodes ; l'aiguille marque 14 volts. On obtient donc la valeur en ohms de la résistance, à cet instant, en divisant 14 par 120/10.000e, ce qui, en chiffres ronds, donne 1,166. Cette résistance doit être diminuée de celle des électrodes, qui n'est pas négligeable dans ce cas. Celle-ci a été trouvée (antérieurement) de 220 ohms ; restent donc 946 ohms pour la résistance de la portion du corps interposée aux électrodes. Pour être tout à fait exact, il conviendrait de soustraire aussi la résistance intérieure de la pile, soit, dans cet exemple, une quinzaine d'ohms. (Notons, en passant, que cette résistance peut être mesurée par l'appareil même). On peut, sans scrupule, omettre cette dernière correction. Elle ne serait pourtant pas indifférente s'il s'agissait d'éléments beaucoup plus résistants, tels que les siemens. A plus forte raison n'a-t-on pas à s'occuper de la résistance des fils de cuivre du circuit. La force électromotrice, mesurée au moyen de l'autre levier, aux pôles de la pile, est de 14,5 volts. Les 5/10 en plus représentent la polarisation des électrodes. Celle-ci est, en général, beaucoup plus élevée ; mais nous ne donnons ces chiffres que comme exemple d'application et non comme donnéees expérimentales. Toutes ces déterminations se font en quelques secondes, dans le cours même d'une séance de traitement et avec l'appareil qui sert au traitement, c'est-à-dire que la table d'électrothérapie, ainsi modifiée, permet de faire, avec une exactitude au moins égale et une facilité beaucoup plus grande, les recherches qui, sans elle, exigeraient les manipulations lentes et compliquées des rhéostats et du pont. En un mot, elle met aux mains du clinicien des moyens d'exploration jusqu'à présent réservés au physicien (1). Nous omettons à dessein d'insister sur les causes d'erreur et sur les précautions à prendre pour les éviter. Celles-ci sont élémentaires et ne sont pas, d'ailleurs, particulières à ce genre de recherches.

(1) Nous avons parlé d'un moyen d'obtenir directement la représentation par une courbe, de la marche de l'aiguille du galvanomètre pendant une période donnée. L'inscription directe par la pointe de l'aiguille sur une surface recouverte de noir de fumée, ne serait pas satisfaisante à cause du frottement, si léger qu'il pût être. Nous nous proposons d'essayer la disposition suivante qui très-probablement n'est pas inédite, bien que nous n'ayons pas de souvenir à ce sujet. Derrière le cadran vertical se déplace par un mouvement d'horlogerie une plaque métallique enduite d'une couche légère d'amidon ioduré. L'aiguille déborde le cadran et se recourbe pour présenter sa pointe à une certaine distance, soit 3 millimètres de la plaque. Celle-ci montée sur un cadre isolant est mise en communication avec le pôle négatif d'une très-petite machine de Voss ou de Winshurst (nous en possédons une dont les plateaux ont 15 centimètres de diamètre et qui conviendrait parfaitement). Pour prendre le tracé on lache le ressort d'horloge et on tourne la manivelle de la machine. Il se produit par induction à la pointe de l'aiguille une aigrette positive dont l'action azonisante réduit l'iode en laissant une trace brune.

Ce moyen nous paraît préférable à ceux qu'il serait facile d'emprunter à la photographie.

Résistance de l'épiderme. — C'est une opinion admise à peu près généralement en électrothérapie, que le siège principal de la résistance, et, par suite, de ses variations, est dans l'épiderme. Prétendre *à priori* que le rôle de l'épiderme, à ce point de vue, est nul, serait tomber dans une autre exagération. Il faut donc examiner la question. Le fait mentionné au commencement de cet article, du déplacement de l'excès de résistance qui accompagne l'anesthésie chez les hystériques, est déjà suffisamment significatif. Voici une autre démonstration qui a l'avantage de pouvoir être faite sur tous les sujets. Nous l'avons indiquée dans une de nos conférences à la Salpêtrière, dans le semestre 1883-84. On applique une électrode sur la face palmaire de l'avant-bras droit ; l'autre sur la face dorsale de l'avant-bras gauche et on note l'intensité d'un courant de dix éléments au bout d'une minute, soit 35 dix-millièmes. On recommence en plaçant l'électrode de l'avant-bras droit sur la face dorsale et celle de l'avant-bras gauche sur la face palmaire. L'intensité est la même que précédemment. Ensuite on place les deux électrodes en regard sur le même avant-bras : l'un sur la face dorsale, l'autre sur la face palmaire en ayant soin de ne pas les mettre sur les endroits qui ont servi aux applications précédentes. Dans cette disposition, les couches épidermiques sont les mêmes ; il n'y a de changé que le trajet interpolaire. Il est beaucoup plus court ; la résistance devrait donc être diminuée et l'intensité plus considérable. Au contraire, la résistance est plus grande, car le courant est de 27/10,000 seulement (chiffres observés). L'explication est facile, mais il ne faut pas la chercher dans l'épiderme dont la somme de résistance était la même dans les trois expériences ; seulement dans les deux premières, le courant parcourait les membres dans le sens de leur longueur et les vaisseaux lui livraient aisément passage. Dans la troisième, le trajet, bien que très court, était aussi très résistant, en raison de l'absence de colonnes liquides continues dans le sens transversal (1).

On peut citer dans le même ordre d'idées la résistance moindre trouvée par M. Gartner à la plante des pieds et à la paume des mains, où cependant il est inutile de le faire remarquer, la couche épidermique a son maximum d'épaisseur.

Notre conclusion sur ce point est que la résistance d'une région dépend surtout, sinon exclusivement, de la constitution des couches sous-jacentes à l'épiderme. C'est exactement l'inverse de l'opinion de la plupart des électrothérapeutes et notamment de M. Erb.

Réponse à quelques critiques. — La diminution de la résistance électrique dans la maladie de Basedow a été confirmée par plusieurs observateurs, parmi lesquels MM. La Seta (de Palerme) et Silva (de Turin). Une polémique s'est même engagée entre eux sur la meilleure méthode à suivre pour constater ce signe. MM. le professeur Eulenburg et Martius (de Berlin), au contraire, ont élevé quelques objections qui méritent de nous arrêter un instant.

I. L'article de M. Eulenburg (Communication originale au *Centralblatt de Erlenmeyer*, 1er septembre 1887), est d'une contexture curieuse. L'auteur y expose avec une sincérité absolue la contradiction qui éclate à chaque instant entre ses opinions préconçues et ses constatations d'observateur conscien-

(1) Si on ne se sert pas d'électrodes impolarisables, il est bon après chaque expérience de tenir les deux électrodes en contact pendant quelque temps pour faire disparaître le courant secondaire.

cieux. — *Première objection :* Ainsi, *à priori*, il ne croit pas à la réalité du fait que nous avons avancé ; *cependant* il l'a constaté quatre fois sur cinq. Dans la courte réponse que nous avons adressée directement au *Centralblatt*, nous faisons remarquer que cette fréquence est déjà respectable et même supérieure à celle des autres signes, surtout de celui de de Græfe. Et nous allons plus loin : il nous paraît extrêmement probable que son cinquième cas, celui qui fait exception, est un exemple de cette combinaison de l'hystérie et de la maladie de Basedow, dont il est question plus haut. C'est un garçon de 17 ans, dont la maladie, suivant M. Enlenburg, diffère un peu de celle des quatre autres malades. Début subit à l'occasion d'un incendie.

Deuxième objection : La résistance électrique est une propriété essentiellement fluctuante et variable ; *cependant* il l'a mesurée tous les jours pendant un mois chez un certain nombre d'individus, et il l'a trouvée sensiblement constante.

Troisième objection : La résistance électrique dépend d'une foule de conditions variables, dont il est impossible de tenir compte ; *cependant* (ici nous citons textuellement ; les mots soulignés le sont par M. Eulenburg) : la diminution de résistance dépend surtout *de la dilatation et de la replétion faciles du réseau cutané et peut-être aussi des vaisseaux profonds, par suite d'une plus grande instabilité du système nerveux vasomoteur,* qui se manifeste chez ces malades, par divers phénomènes, entre autres les taches cérébrales. Nous nous associons complètement à cette manière de voir de M. Eulenburg. Aussi doit-il comprendre, puisque la résistance électrique est en connexion avec des phénomènes physiologiques de cette importance, que nous attachions un grand intérêt à son étude.

Quatrième objection. La diminution de la résistance peut être occasionnée par l'imbibition de l'épiderme en raison des sueurs si fréquentes dans la maladie de Basedow. Cette objection est la seule à laquelle M. Eulenburg n'ait pas fourni lui-même la réponse ; mais l'omission est facile à réparer. L'influence de l'humidité de l'épiderme sur la résistance est encore une de ces notions qui ont cours dans les manuels d'électrothérapie, mais que nous n'avons jamais trouvées conformes à la réalité. Que l'épiderme soit humecté préalablement par la sueur ou qu'il le soit par le liquide de l'électrode cela revient absolument au même. En fait, nous avons fait nos observations dans toutes les conditions d'épiderme possibles et nous avons expressément constaté des résistances très élevées dans des cas où la peau était baignée de sueur. Pour expliquer ce résultat en désaccord avec les idées reçues, nous avons admis que l'abaissement de température produit par l'évaporation cutanée provoquait le resserrement des petits vaisseaux du derme. D'ailleurs M. Lasker, de Vienne, a parfaitement démontré que l'imbibition de l'épiderme favorise le passage du courant, non en diminuant la résistance mais simplement en assurant un meilleur contact avec l'électrode.

Enfin M. Eulenburg remarque, sans du reste en faire l'objet d'une critique, que ses chiffres (obtenus sans doute par le procédé approximatif mentionné plus haut) sont supérieurs aux nôtres. La différence provient de ce que, malgré le soin qu'il y a pris, il ne s'est pas placé dans les mêmes conditions que nous. Il emploie dix éléments Siemens (type Daniell, au sulfate de cuivre) et nous dix Leclanché, c'est-à-dire une force électro-motrice supérieure de moitié. Or on a vu que la résistance diminue beaucoup plus rapidement que n'augmente la force électro-motrice. Nos résultats respectifs auraient été identiques si M. Eulenburg avait employé 14 ou 15 de ses éléments.

En somme, les objections de M. Eulenburg se réduisent à une confirmation explicite de nos assertions.

II. M. Martin, de Berlin, a consacré au même sujet un travail publié dans les *Archives de psychiatrie*. Nous ne l'avons pas sous les yeux; mais le même numéro du *Centralblatt* nous rend le service de condenser en quelques lignes (p. 528) les arguments qu'il nous oppose. De même que M. Eulenburg, qui le cite d'ailleurs, M. Martius reconnaît le fait de la faible résistance dans la maladie de Basedow. A la rigueur cela suffit et nous pourrions nous en tenir là. Mais il ne croit pas que l'on puisse attacher de valeur à cette coïncidence et cela pour deux raisons.

La première est que l'on peut observer cette diminution de résistance en dehors de la maladie de Basedow et même chez quelques individus parfaitement sains, à peau délicate. D'accord. Mais d'abord cela ne prouve pas que cela soit chez ces individus un caractère négligeable et sans intérêt pratique; ensuite nous n'avons jamais prétendu que la diminution de résistance *seule* pouvait suffire à caractériser la maladie de Basedow, pas plus, du reste, que l'exophtalmie *seule*, le goître *seul*, ou la tachycardie *seule*. La diminution de résistance est un signe comme les autres et au même titre. Isolés, ils ne donnent qu'une présomption ; réunis, ils se corroborent mutuellement.

La deuxième raison est que, la mesure de la résistance à un moment donné du régime variable, ne préjuge pas ce que peut être cette résistance après l'établissement du régime fixe. Ceci est tout à fait en dehors de la question qui était simplement si, oui ou non, à ce moment donné, la résistance est moindre dans la maladie de Basedow que dans la généralité des autres cas, ce qui n'est pas contesté. En d'autres termes, la question n'est pas de savoir si la résistance mesurée ainsi est ou n'est pas dans tel ou tel rapport avec la résistance définie ou mesurée autrement. Mais en suivant M. Martius sur ce terrain, nous pouvons lui faire remarquer que lors même (ce qui importe peu) que la résistance *définitive* ne serait pas plus faible dans la maladie de Basedow, il n'en résulterait pas moins que chez ces malades la résistance intégrale est diminuée, puisqu'en raison de son abaissement plus rapide ils ont laissé passer plus d'électricité dans le même temps.

Pour nous résumer en deux mots, la résistance électrique peut fournir un sujet important d'exploration clinique. La maladie de Basedow en est un exemple. Et nous avons indiqué un moyen exact et rapide de la mesurer.

On voit, de plus, qu'il s'agit là de notions et de procédés extrêmement simples dès qu'on ne veut pas les compliquer à plaisir par un étalage de détails techniques superflus.

Société médico-pratique *Prix.* — Le 14 janvier 1889, la Société médico-pratique décernera un prix de 600 fr. à l'auteur du meilleur travail de médecine, chirurgie ou obstétrique, qui lui aura été adressé. Pour être admis au concours, les mémoires doivent être écrits en français, inédits, accompagnés d'un pli cacheté portant le nom de l'auteur et reproduisant l'épigraphe placé en tête du mémoire, et être adressés franco avant le 1er novembre 1888, au secrétaire général, M. le Dr Cyr, 21, rue Cambacérès, Paris.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés.

Quoique très fréquentes et très variées les anomalies et les lésions dentaires chez les dégénérés ont été peu étudiées, même par les auteurs qui ont écrit des ouvrages spéciaux sur les anomalies dentaires en général. Cette question est pour la première fois traitée dans deux mémoires anglais, celui de Ballard, paru en 1860 et celui de Laugdon Down, paru en 1861. — Mais c'est à M. Bourneville qu'on doit le travail le plus complet et le plus précis qui ait été écrit jusqu'à présent sur ce sujet, travail qui parut en 1862 et dans lequel l'auteur signala la plupart des particularités remarquables que présente la dentition des idiots. Mais si ces anomalies sont connues d'une façon générale et regardées comme très fréquentes, il s'en faut que leur fréquence absolue et relative soit établie d'une façon rigoureuse, ni même approximative. C'est le but que s'est surtout proposé Mme Alice Sollier (dans sa thèse de doctorat, faite sous l'inspiration et dans le service de M. Bourneville, à Bicêtre).

Son travail repose sur l'étude détaillée de la dentition de 100 idiots pris au hasard, et une description minutieuse de toutes les dents est faite pour chacun d'eux. On se représente facilement la somme de travail que cela a dû demander. — Un assez grand nombre de dessins que nous reproduisons en partie ici montrent d'ailleurs mieux que tout ce qu'on pourrait dire la vérité et la multiplicité des lésions et des anomalies qu'on observe chez ces dégénérés inférieurs. — L'auteur a pu ainsi établir une statistique précise. Mais Mme Sollier ne s'est pas bornée à cette besogne un peu aride et a cherché, en outre, à élucider plusieurs points intéressants qui se rattachent aux lésions dentaires, en même temps qu'elle met en évidence certaines anomalies qui semblent avoir échappé aux auteurs qui l'ont

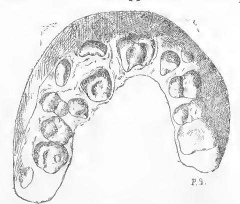


Fig. 12, A

précédée. Les figures 12, A et 12, B peuvent donner une idée de la complexité des anomalies qu'on rencontre chez les idiots.

D'une façon générale, l'idiotie avec ou sans épilepsie prédispose aux arrêts de développement, aux anomalies et aux lésions de l'appareil dentaire dans une proportion qui n'est pas moindre de 91 °/o. Il est à remarquer que l'idiotie congénitale ne paraît pas avoir plus d'influence à cet égard que celle acquise pendant la première dentition. C'est en effet presque exclusivement la deuxième dentition qui est atteinte. Parfois même on observe de la précocité de la première dentition (13 °/o) et l'auteur cite l'observation d'un enfant qui présentait une dent à la naissance, quoique atteint d'idiotie congénitale. — Néanmoins le retard de la pre-

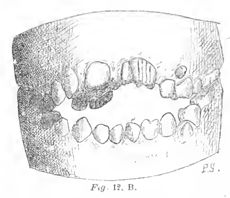


Fig. 12, B.

mière dentition est plus commun et se rencontre environ dans un 1/4 des cas, ce qui en somme n'est pas très fréquent, si l'on songe combien souvent on rencontre ce retard chez des enfants parfaitement normaux. Si la première dentition peut être précoce dans son apparition, il est par contre exceptionnel qu'elle présente la même précocité dans sa chute qui est bien plutôt retardée. Du reste, comme nous le disions tout à l'heure, les anomalies portent surtout sur la deuxième dentition qui

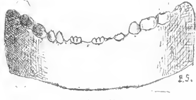
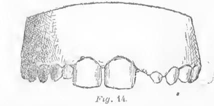


Fig. 13.

présente dans plus du 1/3 des cas (36 °/o) un retard plus ou moins marqué dans son apparition, retard plus fréquent d'ailleurs chez les idiots que chez les épileptiques plus ou moins arriérés.


Fig. 14.

Le microdontisme est assez fréquent (14 °/o) et est ordinairement associé à d'autres anomalies et en par-



Fig. 15.

ticulier en géantisme des molaires. (Fig. 13, 14, 15, 16), — Le géantisme est un peu moins commun (11°/°) et

porte surtout, ainsi que l'avait remarqué M. Bourneville. sur les incisives médianes supérieures. (Fig. 17). Il semble y avoir entre ces deux anomalies une véritable compensation et cela est d'autant plus probable que



Fig, 16.

dans certains cas on observe une fusion de deux dents. Il n'y a plus alors seulement compensation, et l'on constate à côté d'une dent géante l'absence de la dent voisine, circonstance qui explique à la fois la genèse du

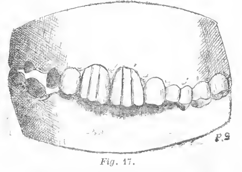


Fig. 17.

géantisme et celle de l'absence de dents au moins dans un certain nombre de cas. Cette absence de dents, en dehors bien entendu du retard de la deuxième dentition est relativement peu rare puisqu'on l'observe 11 fois

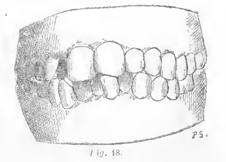


Fig. 18.

sur 100. Par contre les dents supplémentaires sont absolument exceptionnelles (2 °/₀). A côté de ces anomalies de volume se trouvent un grand nombre des anomalies de la forme générale des dents, consistant en

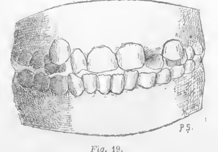
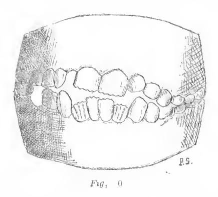


Fig. 19.

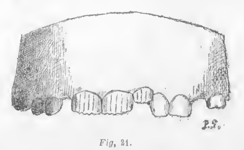
tubercules supplémentaires, en dentelures, etc., etc., qui se montrent dans plus de la moitié des cas (53 °/₀). L'implantation est aussi très souvent irrégulière (34 °/₀) (fig. 18), mais les anomalies de siège sont rares et toujours peu marquées (fig. 19). — De toutes les irrégularités des dents, celles de leur direction sont le plus souvent observées (80 °/₀) et portent principalement sur les incisives et les canines (fig. 20).

Des anomalies, l'auteur passe aux lésions proprement dites avec l'étude des érosions qui soulèvent une importante question pathogénique. Suivant que les auteurs ont observé dans tel ou tel milieu, ils ont émis des opi-



Fig, 0

nions différentes. Trois théories ont cours sur la pathogénie de l'érosion. La première est la doctrine éclamptique, défendue par M. Magitot et ses élèves. Pour eux, les érosions seraient *toujours* dues à des *convulsions*, et les convulsions entraîneraient *toujours* des érosions. La seconde opinion que défend Hutchinson les rattache toujours à la syphilis héréditaire. Enfin le professeur Fournier professe une opinion éclectique. C'est à elle que Mme Sollier se rattache également, mais en partie seulement, car elle va plus loin et généralisant la question, elle croit pouvoir affirmer que c'est *avant tout* la dégénérescence, épilepsie, idiotie, syphilis, et même sans convulsions, qui est la seule influence capable de produire l'érosion. Du reste, les chiffres font facilement justice de toutes les théories, et d'après les tableaux très précis que l'auteur présente, on voit que dans le tiers des cas seulement, les convulsions s'accompagnent d'érosions, que souvent, d'autre part, il y a des érosions sans qu'il y ait eu de convulsions, et il ressort que les érosions sont plus fréquentes sans convulsions qu'après convulsions. Quant à la théorie hérédo-syphilitique, déjà fort contestée dans son absolutisme, il suffit de dire que sur les cent idiots examinés, aucun n'était syphilitique héréditaire, quoique un grand nombre présentât des érosions. Mais ce n'est pas tout, et on observe sur



Fig, 21.

les dents deux autres genres de lésions, des sillons et des crénelures. Les sillons sont toujours longitudinaux et ne présentent aucune lésion de l'émail à leur niveau. C'est simplement la persistance de ce qui existe au moment de l'éruption des dents. (*Fig.* 17 et 21). Jamais on

ne rencontre les sillons blancs transversaux que le professeur Fournier a décrits dans la syphilis héréditaire. Les sillons longitudinaux sont extrêmement fréquents, 41 0/0, mais plus fréquentes encore sont les crénelures (58 0/0). Ces dernières même ont ceci de particulier qu'elles coïncident bien plus souvent que les érosions, avec les convulsions ; mais on ne saurait davantage voir entre ces deux choses une relation de cause à effet sans s'exposer aux critiques que soulève la théorie éclamptique de l'érosion. Aussi l'auteur ne voit-elle là qu'un arrêt de développement produit par l'état de dégénérescence

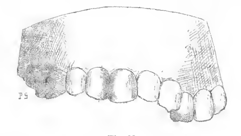


Fig. 22.

de l'individu, que cette dégénérescence soit ou non le fait de convulsions. Ces trois lésions : sillons, érosions, crénelures se montrent d'ailleurs rarement isolees, et sont très souvent associées. Tout le chapitre qui les

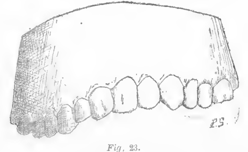


Fig. 23.

concerne est des plus intéressants et fait l'objet d'une critique qui nous paraît presque irréfutable, basée qu'elle est sur des faits précis et minutieusement observés.

L'auteur note, en outre, la défectuosité très fréquente

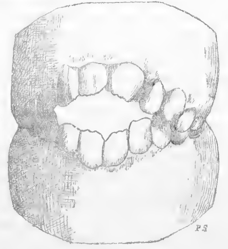


Fig. 24.

de l'articulation (43 0/0) ainsi que de la voûte palatine (45 0/0). Quant à la carie et au tartre, bien que fréquents, ce sont des lésions banales et qui ne se rattachent pas particulièrement à l'idiotie.

M. Bourneville avait signalé autrefois une anomalie des arcades dentaires, qui au lieu d'être elliptiques étaient formées de trois lignes droites, une antérieure et deux latérales. L'auteur en signale deux nouvelles non encore décrites : la première, délicate à voir sur le vivant et surtout appréciable sur des moulages, consiste dans une différence de niveau entre les branches homologues de la mâchoire supérieure (fig. 22 et 23). La seconde consiste dans une sorte d'échancrure dont les dessins ci-dessous donnent une excellente idée (fig. 24, 25 et 26).

A côté des résultats statistiques très consciencieux et très précis auxquels est arrivé l'auteur, il y a donc

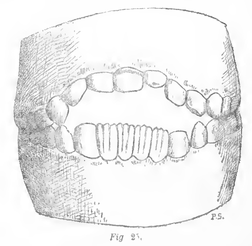


Fig 25.

aussi dans ce travail un grand nombre de points nouveaux, originaux ou critiques, qui en font une œuvre intéressante et qui vient apporter un appoint sérieux à l'histoire des dégénérescences dans l'espèce humaine.

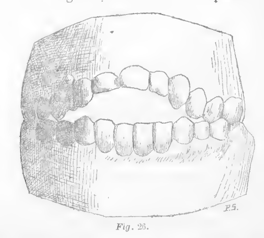


Fig. 26.

Personne plus que son auteur, qui s'est dès longtemps consacré à l'art dentaire en même temps qu'à l'étude de la médecine, n'était du reste à même de mener à bien un semblable sujet qui intéresse à la fois l'anthropologiste, la médecine et le dentiste.

Société française de tempérance. *Programme des prix pour l'année* 1889. — Prix Lunier : Statistique des débits de boissons dans les différents pays. Moyens de les restreindre (Valeur 10,000 francs). — Prix de la Société : Le livre des mères, manuel à l'usage des femmes, afin de préserver leur famille de l'alcoolisme et de l'ivrognerie; prix 1.000 francs. Ces mémoires devront parvenir à M. Motet, secrétaire de la Société, 160, rue de Charonne, à Paris, avant le 31 décembre 1888.

Projet de loi concernant l'administration de la Santé publique (*fin*) (1).

Le remarquable rapport de M. Chamberland reproduit une série de documents et de chiffres bien connus des hygiénistes, mais qu'il convenait de mettre sous les yeux des membres du Parlement, et qui montrent quelle économie réelle ça serait réaliser que de diminuer la mortalité. Si, en effet, comme nous le rappellions dans notre premier article, on pouvait ramener notre mortalité annuelle (mortalité comptée après la première année) non pas aux chiffres de l'Angleterre, mais seulement à ceux de la Belgique, on économiserait dans notre France environ 100.000 existences chaque année. Et si on réfléchit que chaque décès correspond à 10 cas de maladie environ, et si on considère que chaque cas de maladie, sans compter les inutiles dépenses qu'il entraîne, correspond à son tour à 30 jours de perte de travail, on peut constater avec M. Chamberland qu'on peut récupérer par une sage hygiène 60.000.000 de journées de travail qui sont absolument perdues aujourd'hui pour notre agriculture, notre commerce, notre industrie. Il y a longtemps, pour mon compte, que je demandais après Villermé, après Bertillon, qu'on songeât à *économiser la vie humaine* (2). Il en peut coûter quelque chose au budget, mais selon l'éloquente parole de M. J. Rochard : « toute dépense faite au nom de l'hygiène est une économie. »

Cette économie ressort très nettement du rapport de M. Chamberland ; il la fait toucher du doigt quand il s'agit des affections épidémiques ; il montre qu'elle est d'autant plus considérable dans un pays que les précautions hygiéniques y sont mieux prises par l'autorité. — Dans une page de chiffres éloquents il fait voir que sur un effectif de 450.000 hommes, l'armée Française perd annuellement 1.700 hommes par fièvre typhoïde, tandis que l'Allemagne n'en perd que 378 et l'Angleterre 85.

Nous pourrions économiser chaque année 1.300 hommes si la mortalité par la fièvre typhoïde dans notre armée n'était pas supérieure à celle de l'Allemagne. Nous aurions en moins 13.000 malades par an en supposant un décès pour 10 malades, nous économiserions dans nos hôpitaux militaires plus de 2.000 journées d'hôpital chaque jour et plus d'argent qu'il n'en faudrait pour organiser un service national d'hygiène sérieux et digne de notre pays.

En établissant le budget de la loi qu'il propose au nom de la commission, M. Chamberland fait remarquer que la dépense à la charge de l'Etat représenterait une somme de 850.000 fr. par an, y compris les frais du laboratoire. — Or, il fait remarquer en même temps que le fonctionnement des services sanitaires, relevant du ministère du commerce, rapporte annuellement à l'Etat 847.000 fr. environ. Ce bénéfice sur la santé publique a quelque chose de choquant ; il faut qu'il soit employé à organiser les services qui permettront de diminuer notre mortalité. — « Veiller à la santé du peuple, disait Disraeli, est le premier devoir de l'homme d'Etat. » C'est dans le même sentiment que Paul Bert se plaisait à dire que l'*hygiène publique est la moralité des Sociétés*.

Nous avons dû abréger notre examen du projet de loi soumis à la Chambre par la Commission dont M. Siegfried était le président autorisé, et dont M. Chamberland a été l'habile rapporteur.

Certes, ce projet soulève des questions si graves, si multiples, qu'il faudrait bien des colonnes encore pour le discuter point par point. C'est là une tâche qu'il faut réserver pour le moment où le projet en question figurera en tête de l'ordre du jour du Parlement. Ce moment viendra-t-il bientôt? Attendra-t-on qu'une nouvelle législature remette tout en question et faudra-t-il que tout ce travail préparatoire soit perdu ?

Nous ne voulons pas le penser. Chaque jour qui passe est marqué par des morts prématurées, inutiles ou injustes que les hygiénistes comptent avec peine et dont les législateurs, aujourd'hui éclairés, devraient éprouver quelque remords.

En terminant, nous voulons faire à M. Chamberland une amicale critique. Pour lui, la « grande hygiène » se résume en deux mots : désinfection rigoureuse et alimentation exempte de germes morbides.

Voilà qui est bien et nous convenons volontiers que s'il s'agit uniquement de nous préserver des maladies épidémiques la destruction des germes est tout à fait suffisante. C'est une conséquence des doctrines microbiennes, dont nous sommes loin de médire et qui nous compte, au contraire, parmi les plus fervents.

Mais la protection de l'enfance contre l'abandon, contre le crime, contre la bouche d'égout, contre les préjugés barbares des nourrices, contre l'alimentation prématurée; — mais la protection de ce même enfant contre le surmenage de l'école et de l'atelier, contre l'attitude vicieuse du travail; — mais la protection de l'ouvrier contre les accidents évitables des machines, contre les poussières et les gaz toxiques, contre la négligence ou la rapacité du patron qui se montre souvent insoucieux de la vie du travailleur et qui compte simplement les accidents, les bras coupés, les jambes rompues, les têtes fracassées, sur le livre des dépenses prévues ; — mais le travail de l'usine ou de la manufacture pour la femme qui passe loin de son foyer ses jours et ses nuits à la veille d'un accouchement ou au lendemain de ses couches ; — mais la sage disposition, l'éclairage, l'aération, le chauffage des logements collectifs ou privés; — mais la salubrité des hôpitaux où l'on soigne les estropiés du travail ou les victimes de la misère ; — toutes ces causes de mort qu'on peut et qu'on doit éviter ne relèvent pas exclusivement de la bactériologie. Ce sont des questions qui intéressent la physique et la chimie, qui nécessitent le concours de savants de toutes les sciences, et la coopération des administrateurs et des législateurs.

Ces questions ont leur importance que M. Chamberland ne niera pas, et il conviendra, j'en suis sûr, qu'elles font aussi partie de la « *grande hygiène*. »

Dr Henri Napias.

(1) Voir le n° 3, p. 48.
(2) *Le mal de misère*, Paris, 1876.

École de médecine militaire. — Par décision ministérielle, en date du 17 janvier 1888, M. Béchard, médecin aide-major de première classe, a été nommé surveillant à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 *janvier* 1888.— PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. CLAUDE MARTIN étudie l'*anesthésie prolongée et continue provoquée par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression* (*méthode Paul Bert*). Un chien a pu être laissé, pendant soixante-douze heures, dans le mélange anesthésique de 85 parties de protoxyde d'azote pour 15 parties d'oxygène sous pression de 118; l'expérience était disposée de façon à fournir à l'animal 25 litres de mélange par heure et à enlever, à l'aide d'un lait de chaux, l'acide carbonique produit. Il semble donc que, sous l'anesthésie prolongée et continue provoquée par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression, aucun produit toxique ne s'accumule dans l'organisme de manière à déterminer des accidents graves, même après un temps fort long.

M. GRÉHANT, à propos des *accidents produits par l'oxyde de carbone*, montre que le sang absorbe déjà de l'oxyde de carbone dans une atmosphère qui renferme $\frac{1}{5000}$ de ce gaz; dans une atmosphère qui en renferme $\frac{1}{1000}$, la moitié de l'hémoglobine est combinée avec le gaz toxique. On comprend ainsi les accidents qui surviennent chez les individus respirant dans une atmosphère confinée, chauffée par les poêles de divers systèmes, quand les gaz de la combustion, au lieu de se dégager complètement au dehors, refluent par le bas de la cheminée.

M. A. BÉCHAMP, analysant l'*air expiré par l'homme sain*, a trouvé, dans le liquide de condensation pulmonaire, un produit fixe, une zymase capable de fluidifier l'emploi de fécule avec production de féculesoluble. 100 gr. de ce liquide contiennent 0 gr. 01 de matière organique fixe, séchée à 60°.

MM. RIETSCH, JOBERT et MARTINAUD décrivent l'*épidémie qui, depuis le mois de juillet, sévit sur les porcheries de Marseille et des environs*. Ils indiquent les lésions observées à l'autopsie et ils signatent, dans les selles, la présence d'un bacille qu'ils ont pu cultiver.

M. E. BOURQUELOT étudie la *fermentation du galactose*. Ce sucre ne fermente pas, quand il est pur, en présence de la levûre de bière à 15 ou 16°; mais il subit la fermentation alcoolique lorsqu'il se trouve additionné de glucose, ou de lévulose, ou de maltose. Ces derniers sucres semblent donc déterminer une sorte de mise en train nécessaire pour que la levûre agisse sur le galactose.

M. HERMAN FOL analyse *la structure microscopique des muscles des mollusques*. On sait que différents auteurs ont signalé l'existence d'une véritable striation transversale dans certains muscles de ces animaux. M. Fol prétend que cette striation n'existe pas: il s'agit simplement de fibres lisses à fibrilles enroulées en spirales. Il n'y a, en réalité, chez les mollusques, que des fibres lisses; mais ces dernières présentent deux variétés: celles à fibrilles droites et celles à fibrilles spirales. Celles-ci semblent être en rapport avec une contraction plus rapide du muscle.

PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 *janvier* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

MM. HÉNOCQUE et BAUDOUIN, étudiant les variations de la quantité d'oxyhémoglobine et l'activité de réduction dans la fièvre typhoïde, sont arrivés aux conclusions suivantes :

Dans la fièvre typhoïde il y a diminution de l'oxyhémoglobine persistant longtemps pendant la convalescence.

Les variations de la *durée de la réduction* sont plus marquées, mais cette *durée* est surtout longue au début et dans les deux ou trois premiers septénaires, tandis qu'elle devient plus courte à la période de convalescence; c'est aussi elle qui est influencée davantage et le plus rapidement par les complications.

L'*activité de la réduction* résultant de ces deux facteurs est elle-même diminuée surtout au début et dans la période d'état, où il y a à la fois anémie et diminution des échanges gazeux. Mais, dans la période d'amélioration et de convalescence, l'activité tout en augmentant, reste encore abaissée, parce que l'anémie persiste alors même que l'activité des tissus se rétablit. En d'autres termes, la fièvre typhoïde, au point de vue hématoscopique, est caractérisée par une anémie prononcée et persistante et par une diminution dans l'activité des échanges, mais celle-ci s'améliore avant la disparition de l'anémie.

M. BOUCHARD demande s'il existe des variations du taux de l'hémoglobine dans les deux heures qui suivent l'administration d'un bain froid à un typhique.

M. HÉNOCQUE répond qu'il n'a aucune expérience sur ce point particulier en ce qui concerne les typhoïdiques, mais il y a chez les individus sains, après le bain froid, une diminution de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine qui ne persiste pas néanmoins, bien au contraire, pendant la période de réaction.

M. BOUCHARD. Ceci nous explique les bienfaits de l'hydrothérapie dans la chlorose, étant donné qu'il y a dans cette affection, ce qui n'existe pas dans l'anémie, une diminution dans l'activité des échanges.

M. BEAUREGARD communique le résultat de ses recherches sur la *digestion des insectes vésicants*.

MM. A. DASTRE et PAUL LOYE ne sont pas arrivés, dans leurs *recherches sur la toxicité de l'air expiré*, aux mêmes résultats que MM. Brown-Séquard et d'Arsonval. En condensant les vapeurs exhalées par le poumon de chiens trachéotomisés, ils ont recueilli une certaine quantité d'un liquide qu'ils ont injecté à des lapins par la voic intra-veineuse. Ces injections, faites avec des doses élevées de 80, 75, 50 cent. cubes n'ont pas amené d'accidents, ni immédiats, ni consécutifs. L'introduction par la voie intra-péritonéale (55 cent. cubes) est également restée sans résultat. Le liquide de condensation pulmonaire injecté à des cobayes et à des grenouilles n'a pas non plus provoqué d'accidents: l'injection dans les veines des chiens est demeurée absolument inefficace. Dans deux cas, cependant, les lapins ont succombé; mais, dans l'un des cas, le lapin avait reçu dans la veine de l'oreille une dose énorme (190 cent. cubes) du liquide d'expiration; les lésions observées à l'autopsie (hématurie, exsudations dans les séreuses) semblent montrer que la mort était due à la seule intervention de l'eau. L'air sortant du poumon ne paraît donc pas contenir de substance toxique en quantité appréciable. D'ailleurs, si l'on fait respirer à un chien, pendant sept heures, l'air expiré par un autre chien, on ne remarque chez le premier aucun accident.

MM. Ch. RICHET et HANRIOT, étudiant les phénomènes chimiques de la respiration dans le tétanos électrique, ont constaté que sous l'action de forts courants la ventilation pulmonaire double; la production de l'acide carbonique devient près de quatre fois plus forte malgré l'activité plus grande des respirations; le rapport de l'acide borique à l'oxygène varie peu mais tend cependant à s'élever; la température s'élève à un degré bientôt incompatible avec la vie de l'animal.

M A. BLOCH présente un nouveau sphygmomètre.

MM. BLANCHARD dépose une note de M. DEBIERRE (de Lille) sur certaines *anomalies musculaires et nerveuses*.

M. BEAUREGARD dépose une note de M. TOURNEUX (de Lille) sur *la structure des glandes uréthrales* (prostatiques) *chez la femme et sur les premiers développements des glandes prostatiques dans les deux sexes*.

GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Ordre du jour du lundi 30 janvier : 1° Installation du bureau. — 2° Nomination de la Commission des finances. — 3° Nomination des Commissions de prix. — 4° Observations de somnambulisme hystérique avec dédoublement de personnalité : M. LADAME. — 5° Du délire chronique (*suite*) : M SÉGLAS, (Rue de l'Abbaye, 3).

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 31 janvier 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

Election de deux membres correspondants nationaux. — *Première élection* : votants, 44 ; majorité, 23. M. ARLOING (de Lyon) est élu par 43 voix, contre M. Abadie (de Nantes) 1 voix. — *Deuxième élection* : votants, 47 ; majorité, 24. M. ABADIE est élu par 43 voix contre M. Signol (de Paris), 2 voix ; et bulletins blancs, 2.

Suite de la discussion sur le traitement de l'anthrax. — M. MARC SÉE estime que la méthode des pulvérisations phéniquées, préconisée par M. Verneuil, peut être appliquée avec avantage chez les individus timorés qui répugnent au contact de l'instrument tranchant, quand il s'agit d'un anthrax de petit volume n'ayant point une tendance bien marquée à prendre beaucoup d'extension, mais est d'avis que les anthrax en général et particulièrement ceux qui s'accompagnent d'accidents généraux graves ou menacent de devenir très volumineux, sont justifiables du bistouri qui, manié convenablement, constitue le moyen de traitement le plus efficace et le plus expéditif.

M. VERNEUIL conseille à M. Marc Sée d'essayer les pulvérisations, avant de les condamner au profit exclusif du bistouri.

M. HARDY a appliqué récemment et avec succès la méthode de M. Verneuil, à l'occasion d'un abcès furonculeux de la lèvre inférieure chez une jeune fille. M. Hardy regarde le furoncle comme une maladie légère, mais sujette à des récidives multiples. Il n'y a pas un furoncle, mais une furonculose pouvant persister durant plusieurs années. C'est alors qu'il convient de recourir aux préparations goudronnées, aux alcalins, à l'arsenic, à un régime sévère, à l'abstinence de tout aliment stimulant... Quant à la nature microbienne du furoncle, il est certain qu'on trouve des microbes dans cette affection. Ces microbes ne s'y rencontrent que d'une façon secondaire : le furoncle n'est qu'un petit cadavre, sur lequel se développent des micro-organismes.

M. PANAS fait une communication sur *les opérations de cataracte avec lavage de la chambre antérieure.* Depuis 1884, M. Panas a pratiqué 483 opérations de cataracte, qui se répartissent ainsi : 23 enclavements, soit 5 0/0 ; 2 cas de suppuration de l'œil, soit 0,4 0/0 ; 31 cas de vision insuffisante, soit 6,7 0/0 ; 427 cas de vision complète, soit 92 0/0. M. Panas attribue tout le mérite de cette statistique à l'antisepsie oculaire qu'il ne cesse de pratiquer et de préconiser.

M. VIDAL lit un rapport sur *l'anesthésie locale par le chlorure de méthyle*, à l'occasion d'un travail envoyé par M. Bailly (de Chambly). Depuis sa communication à l'Académie, M. Bailly a simplifié son procédé : au lieu de projeter le jet de gaz sur un tampon, il trempe celui-ci dans le chlorure de méthyle liquéfié. On peut le conserver à l'état liquide pendant près de trois heures en le maintenant dans un récipient spécial, le thermo-isolateur. Avec un pinceau on peut porter l'anesthésie sur un point très limité ; quoiqu'il en soit, le tampon, ainsi préparé, donnera des résultats divers, suivant le temps que durera l'application, depuis la simple rougeur jusqu'à la production des eschares. —Ce tampon ainsi préparé, a été employé avec succès contre les douleurs et dans les petites opérations chirurgicales.

M. BOUCHARD regarde la méthode indiquée par M. Bailly comme très ingénieuse et très pratique, car le chlorure de méthyle est un anesthésique local et un révulsif puissant. C'est ainsi que M. Bouchard est parvenu à supprimer les douleurs du cancer de l'utérus.

M. ERNEST BESNIER signale la possibilité d'appliquer le procédé de M. Bailly, aux muqueuses, aux lèvres, à la vulve, au vagin ; à cet effet, il convient de recouvrir la partie anesthésiée avec de la baudruche et de faire agir les tampons au travers d'une couche de baudruche.

Prophylaxie publique de la syphilis. — M. FOURNIER donne lecture du projet sur la prophylaxie publique de la syphilis, présenté à l'Académie de médecine par une commission composée de MM. Ricord, Bergeron, Le Roy de Méricourt, Léon Le Fort, Léon Colin et Alfred Fournier, rapporteur (1) :

I. PROPHYLAXIE ADMINISTRATIVE

1° L'Académie appelle l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la *provocation sur la voie publique*, dans ces dernières années notamment, et en réclame une répression énergique ;

2° Elle estime qu'il y a nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue, divers modes non moins dangereux qu'a revêtu surtout de nos jours, la provocation publique, à savoir : celle *des boutiques* ; celle *des brasseries* dites *à femmes* ; et plus particulièrement encore, celle *des débits de vins.*

Art. 3. — Elle signale à l'autorité, d'une façon non moins spéciale, la provocation qui rayonne autour des *lycées*, des *collèges*, et qui a pour résultat l'excitation des *mineurs* à la débauche.

Art. 4. — Elle déclare que, au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un *délit* qui doit être réprimé légalement. Elle réclame donc une *loi* définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit.

Art. 5. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles reconnues coupables du délit de provocation soient soumises à *l'inscription* et à la *surveillance médicale.*

Art. 6. — L'inscription d'une fille coupable du délit de provocation ne pourra jamais être prononcée que par un *tribunal* et après débat contradictoire.

Art. 7. — Une fille qui sera reconnue, après examen médical, affecté de maladies vénériennes, notamment de syphilis, sera internée dans un *asile sanitaire spécial*

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un *hôpital*, un hôpital comme les autres hôpitaux, à cette seule différence près que les malades n'en pourront sortir que sur un certificat médical de guérison. De cet asile sera bannie toute rigueur inutile, toute mesure vexatoire qui tendrait à en modifier le caractère et à le transformer en pénitencier.

Art. 8. — La réglementation actuellement en vigueur, relativement à la surveillance médicale des filles inscrites, sera remplacée par le système suivant : 1° Les filles inscrites, libres ou en maison, seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire, de date fixe, et en outre à une visite supplémentaire qui sera faite mensuellement par un médecin-inspecteur, à date inconnue.

2° Chacune de ces visites sera *complète*, et portera principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche.

Art. 9. — En ce qui concerne la province, les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale, seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue du département.

Art. 10. — L'interdiction de la provocation sur la voie publique sera absolue, générale, sans exception, même pour les filles soumises à la surveillance administrative.

II. HOSPITALISATION. — TRAITEMENT

Art. 11. — Le nombre de lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

Art. 12. — Cette augmentation de nombre de lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais par la création de *nouveaux hôpitaux spéciaux*, lesquels devront toujours être placés en dehors de la zone d'enceinte.

Art. 13. — Les *médicaments*, propres au traitement des maladies vénériennes, seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

Art. 14. — Un service de *consultations gratuites*, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

Art. 15. — Dans les hôpitaux spéciaux, la *consultation* externe sera faite : 1° Pour les malades ne réclamant pas leur admission, par un médecin ou un chirurgien du Bureau central ; — 2° Pour les malades réclamant leur admission, par les médecins ou les chirurgiens titulaires. — Les médecins ou chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq années d'exercice.

Art. 16. — Dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des affections vénériennes ; — et les locaux

(1) Le *Progrès médical* a publié sur cette question (Voir t. VI, p. 52, 69, 92, 135) une série d'articles (1887, t. V, p. 232, 240, 312, 351, 367, 431, 468) et reproduit *in extenso* le très intéressant rapport de M. le prof. Fournier (1887, t. V, p. 478, 534 ; — t. VI, p. 30, 51, 71 ; — t. VII, p. 58).

affectés à ce dit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

III. RÉFORME DANS L'ENSEIGNEMENT.

Les innovations ou réformes proposées par la commission sont les suivantes :

Art. 17. — Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare), à tout étudiant ou médecin justifiant de seize inscriptions.

Art. 18. — Exiger de tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de la thèse, un *certificat de stage* de trois mois dans un service de vénériens ou de vénériennes.

Art. 19. — Attribuer au *concours*, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare (ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare) ; — et de tout ce personnel intégralement, c'est-à-dire des chefs de service, des élèves internes et des élèves externes.

Art. 20. — Attribuer au *concours*, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique.

Art. 21. — Composition du service de Saint-Lazare (ou de l'asile hospitalier qui lui sera substitué) suivant le plan des services de l'Assistance publique ; — et utilisation de ces services pour le stage spécial imposé aux étudiants ou médecins dans les hôpitaux spéciaux.

Art. 22. — Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourraient être composés comme il suit :

1° Pour la nomination du médecin en chef :

Un membre de l'Académie de médecine ; — un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé) ; — trois médecins des hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi, Saint-Lazare) ;

2° Pour la nomination de médecins du dispensaire, comme pour celle des élèves internes ou externes :

Quatre médecins du dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

Art. 23. — Un programme relatif à la détermination des matières devant faire le sujet de ces divers concours sera élaboré par une commission spéciale.

IV. — PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS DANS L'ARMÉE ET LA MARINE.

Art. 24. — Instituer dans l'armée une série de *conférences* ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes et les dangers de la syphilis en particulier; sur les bénéfices à attendre d'un traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les faits de la prostitution clandestine par les insoumises, les rôdeuses, les bonnes de cabaret, etc. Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps.

Elles seraient annuelles et auraient lieu de préférence après l'enrôlement des recrues.

Une conférence semblable sera également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps.

Art. 25. — Provoquer de la part de tout soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie.

Art. 26. — Consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité que des maisons de prostitution non surveillées; interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

Art. 27. — Ecarter toute *punition* du programme prophylactique de la syphilis dans l'armée.

Art. 28. — Supprimer les visites faites en commun et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.

Art. 29. — Instituer un service de police spéciale autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc.

Art. 30. — Prendre toutes dispositions nécessaires pour assurer au soldat syphilitique dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la faculté de continuer à son corps, sous la direction des médecins de son régiment, le traitement ou la série de traitements ultérieurs indispensables à sa guérison.

Art. 31. — En ce qui concerne la marine, il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés.

Art. 32. — Il absolument essentiel que dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, afin de prévenir la contamination que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

V. PROPHYLAXIE DES CONTAGIONS SYPHILITIQUES DÉRIVANT DE L'ALLAITEMENT.

Art. 33. — Ajouter à la réglementation administrative des *Bureaux de nourrices*, l'article suivant :

Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un *certificat médical*, certificat garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson.

La teneur dudit certificat pourrait être conçue à peu près dans les termes que voici :

« Je soussigné, docteur en médecine, etc., certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant X..., auxquels je donne mes soins depuis... (préciser l'époque), soient affectés d'aucune maladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant. »

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. LABOULBÈNE sur les candidats au titre de membre correspondant national. La commission présente : en première ligne, M. Pitres (de Bordeaux) ; en deuxième ligne, M. Wannebroucq (de Lille) ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Leloir (de Lille), et Mordret (du Mans); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Chédevergne (de Poitiers), et Lépine (de Lyon).

Albert JOSIAS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 janvier 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CADET DE GASSICOURT.

M. GAUCHER a étudié l'action thérapeutique de l'*acide borique administré à l'intérieur*, comme aussi en applications externes. Pour fixer d'abord la toxicité, il a fait manger à deux cobayes chaque jour 50 centigrammes d'acide borique. Ils ont succombé en 11 et 14 jours avec de l'albuminurie. Mais leurs poids étant de 300 et 330 grammes c'est donc en réalité une dose énorme de la substance qu'ils ont ingérée et qui toutes choses égales d'ailleurs correspondrait pour l'homme à 75 grammes par jour. Thérapeutiquement l'acide borique incorporé au glycérolé d'amidon (3 grammes pour 30 grammes) donne les meilleurs résultats dans l'impétigo dont la nature infectieuse et contagieuse semble bien démontrée.

Dans une centaine de cas ainsi traités, la guérison a été obtenue en huit ou quinze jours. Un cas de gourme scrofuleuse avec tubercules ulcérés a été complètement guéri de la même façon. Frappé de ce fait dans lequel la nature tuberculeuse de la lésion cutanée semblait probable, l'auteur a essayé l'administration de l'acide borique à plusieurs tuberculeux à la dose de 0 gr. 50 à 1 gr. par jour. Rapidement, la fétidité des crachats disparut, et, dans deux cas, l'état général s'améliora considérablement. Le médicament fut toujours parfaitement supporté. Dans deux cas de sa clientèle, M. Gaucher a eu également d'excellents résultats. L'auteur a pu constater que l'acide borique passait dans l'urine ; il la donc administré à la dose de un gramme par jour à plusieurs vieillards ayant de la cystite. Les urines se sont rapidement éclaircies.

M. JUHEL-RENOY *a traité* 43 *typhiques par les bains froids ;* dans tous ces cas, le diagnostic était positif et plusieurs étaient des plus graves, puisqu'à neuf de ces malades, on a dû donner de 109 à 193 bains froids à chacun d'eux. L'action du bain est des plus frappante lorsqu'on compare deux typhiques, l'un baigné et l'autre soigné par les moyens ordinaires; le premier a la langue humide, il n'est pas absorbé, il dort, les urines sont abondantes, la diarrhée modérée ; chez l'autre, c'est le tableau ordinaire, absolument inverse. Les bains ont été donnés de 15° à 18° sans qu'on ait tenu compte de l'âge, du sexe, des états physiologiques divers (grossesse, règles, etc). L'installation a été simple, le personnel facile à dresser. La mortalité n'a été que de 6,98 pour 100.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ pense avec M. QUINQUAUD que le bain froid augmente les combustions, il ne croit donc pas du tout que ce soit comme moyen antithermique mais simplement comme agent tonique et anti nerveux qu'agit le bain froid. Les bains tièdes ont donc les mêmes avantages sans avoir les mêmes inconvénients, bien plus les mêmes dangers ; car M. Beaumetz admet les morts subites dans les cas de myocardite infectieuse ; de plus il croit la méthode très douloureuse pour le malade et il pense que sauf à l'hôpital il est impossible d'appliquer la méthode avec toute la rigueur nécessaire.

M. FÉRÉOL a eu jadis deux accidents sur deux tentatives

d'application de cette méthode. Peut-être, croit-il, y avait-il erreurs dans l'application. Il pense qu'il y aurait lieu de faire de nouveaux essais.

M. HAYEM trouve que cette méthode est empirique puisqu'elle applique le même traitement à tous les malades sans tenir compte des diverses indications; elle ne répond qu'à quelques-unes : état adynamique, état fébrile par exemple. Maladie infectieuse au premier chef, la fièvre typhoïde, tant qu'on n'aura pas trouvé sa médication spécifique, ne peut guère être traitée que d'après ses indications.

M. JUHEL-RENOY défend la méthode, rappelle les 50,000 cas rapportés par Bouveret, le taux de la mortalité étant toujours à 8 °/o au lieu de 15 à 19 °/o. Et les résultats obtenus à la Croix-Rousse où la mortalité de 20 à 22 °/o tombe, avec les bains tièdes, à 16,5 °/o et à 7,5 °/o avec les bains froids. Quant aux difficultés matérielles, avec un infirmier et trois baignoires M. Juhel-Renoy a pu soigner tous ses malades.

La question reste à l'ordre du jour de la Société pour la prochaine séance. L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dépose sur le bureau une observation de M. LARGEAU intitulée : *Hydrocèle vaginale avec épiplocèle et tuberculose de l'épiploon ; opération; guérison.*

M. BERGER, à propos du rapport de M. MARCHAND sur l'observation de M. Jeannel dont il a été parlé dans la dernière séance, discute l'*influence du traumatisme opératoire sur la grossesse.* On a dit qu'un traumatisme, même accompagné de fièvre traumatique, pouvait ne pas amener un accouchement prématuré. Pour M. Berger, des règles précises sont bien difficiles à donner pour des cas semblables. Il tient à citer une de ses observations ; elle montre l'action très tardive qu'une opération grave peut avoir sur la grossesse. Il s'agit d'une femme atteinte d'ostéosarcome de l'extrémité inférieure du fémur et qu'il fut obligé d'opérer (douleurs excessives, developpement rapide de la tumeur) vers le 7e mois d'une grossesse jusque-là normale. Il fit l'amputation trochantérienne de la cuisse et non la désarticulation de la hanche, en raison de l'état de grossesse de la malade. 17 jours après l'opération, elle était déjà guérie; elle mit au monde un enfant vivant. L'enfant vécut un mois et demi. Onze mois plus tard, cette femme mourut d'une généralisation dans le poumon de son sarcome ; il n'y eut pas de récidive locale. Ce fait montre que l'action d'une opération chirurgicale, faite presque dans la zone génitale, n'interrompt pas forcément la grossesse, mais aussi que cette action peut agir à une époque assez éloignée, une quinzaine de jours.

M. MONOD pense que le lieu de l'opération (en particulier la zone génitale) n'a pas d'importance. Il a fait avec succès une ovariotomie chez une femme enceinte.

M. ANGER (Th.) cite une observation qui tend à prouver que l'*ostéomyélite de l'adulte* peut être absolument primitive.

M. LANNELONGUE dépose sur le bureau un exemplaire de son livre sur la *Tuberculose vertébrale.*

M. LANNELONGUE. — 1° L'ostéomyélite est, dit-on, une affection des adolescents ; il tient à ce qu'on sache qu'elle est très-fréquente chez les enfants de trois semaines à six ans, surtout de cinq à six ans. C'est donc bien une *ostémyélite de développement ou de croissance.* 2° Si dans les hôpitaux d'enfants, on assiste au début des ostéomyélites, on peut y voir aussi ce qu'on connait aujourd'hui sous le nom d'accidents d'ostéomyélite prolongée. 3° Il est très difficile chez des adultes âgé de 50 ans, par exemple, de savoir s'ils ont eu ou non une affection analogue à l'ostéomyélite dans leur enfance. Comment exiger du malade qu'il se souvienne d'une maladie qu'il a eue à cinq ans, ou même avant? Ceci montre que l'ostéomyélite primitive des adultes est difficile à admettre ou établir sans un très sérieux interrogatoire. 4° Il y a aussi chez l'adulte une ostéomyélite primitive avec conséquences éloignées, comme chez l'enfant.

M. BERGER n'a voulu parler que de la forme aiguë de l'ostéomyélite infectieuse des adultes ; il ne s'est pas occupé des formes subaiguë et chronique. Il a en outre insisté sur ce fait, à savoir que lors d'ostéomyélite des adultes on trouvait très souvent des accidents analogues dans les antécédents ; il reconnait qu'il y a des cas où il n'en est pas ainsi. Pour M. Lannelongue, il y aurait constamment des modifications anatomiques dans l'os considéré ; mais le cas de M. Berger montre que le squelette peut être sain.

M. TRÉLAT ajoute que le terme d'*ostéomyélite prolongée* ne s'applique pas à tous les cas ; pour certains malades, celui de *rappel d'ostéomyélite* serait plus justifié; il peut y avoir en effet un très long délai entre les deux atteintes, celle de l'adolescence ou de l'enfance et celle de l'adulte. En somme, il y a deux variétés d'ostéomyélite des adultes: 1° celle, où il n'y pas d'antécédents osseux dans l'enfance, ou ostéomyélite aiguë infectieuse à marche rapide. 2° celle qui a une vieille histoire et qui n'entraîne pas aussi rapidement la mort,

M. DESPRÈS fait une communication qui a pour but de montrer qu'on observe l'infection purulente dans les hôpitaux, et parfois avec des symptômes mal connus et peu signalés jusqu'ici. Dans un cas qu'il a vu récemment dans son service, il survint des éruptions cutanées (papules rouges), par poussées successives et il nota en outre une marche tout à fait anormale de la température. Le malade a guéri.

M. RICHELOT rappelle qu'on a mentionné dans la forme chronique de l'infection purulente ces éruptions cutanées ; mais en général les malades mourraient.

M. LANNELONGUE montre un *kyste hydatique*, gros comme un œuf, extrait de l'intérieur d'un *muscle de la cuisse* d'un enfant de 8 ans. Toute tumeur située *dans un muscle*, quand elle n'a aucun caractère de malignité, est un kyste hydatique, a dit Denonvilliers. M. Lannelongue fait ressortir la justesse de cette assertion.

M. DESPRÈS a cependant vu un cas où il s'agissait d'un *myxome* ; c'était une tumeur analogue parfaitement enkystée.

M. TRÉLAT admet l'exactitude de l'assertion de Denonvilliers, mais la tumeur est *dure* et *ronde*, quand il s'agit d'un kyste hydatique intra-musculaire. On trouve rarement la fluctuation dans ces tumeurs.

M. QUENU montre des *nerfs sciatiques de sujets porteurs de varices.* Il a remarqué que les veines entourant le gros tronc nerveux sont tortueuses, variqueuses, atteintes de phlébite et périphlébite. D'où névrite possible par irritation de voisinage.

M. BRUN lit une observation intitulée : *Pyélonéphrite, néphrectomie ; fistule urinaire persistante. Lésions de l'uretère. Guérison.* (Renvoyée à une commission).

Prix pour 1889. — Le sujet du prix Gerdy, qui sera délivré en 1889, est : *Traitement des suppurations diffuses et enkystées du petit bassin.*

Elections. — Une place de membre titulaire de la Société de chirurgie est vacante. MARCEL BAUDOUIN.

REVUE D'HYDROLOGIE MEDICALE ET DE CLIMATOLOGIE

I. Du traitement de l'obésité chez les enfants et les adolescents aux eaux de Brides ; par le Dr E. PHILBERT, médecin inspecteur des eaux de Brides-les-Bains.

II. Etudes médicales sur l'hydrothérapie ; par F. BOTTEY, ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin de l'établissement hydrothérapique de Divonne-les-Bains.

III. Arcachon, ville d'été, ville d'hiver; par le Dr Fernand LALESQUE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

IV. De l'action révélatrice et bienfaisante des eaux sulfureuses de Cauterets sur la diathèse palustre ; par le Dr Constant ROBERT, médecin consultant à Cauterets.

I. Bien connu pour ses nombreux et intéressants travaux sur l'obésité, l'auteur, dans cette brochure, a eu particulièrement en vue, cette fois, l'obésité chez les enfants et chez les adolescents (au-dessous de 25 ans) et il s'occupe surtout du traitement. Il admet une polysarcie spéciale à l'adolescence : il lui reconnait une forme très rapide et une facilité de guérison plus grande que pour l'obésité qui se produit plus tard. Pour cette polysarcie juvénile, le régime alimentaire n'est pas aussi rigoureux. L'exercice à

pied « est progressif,et ne doit jamais produire la fatigue. » Il faut prendre l'eau de Brides en boisson par petites quantités et « de façon à produire seulement un effet laxatif. » Il prescrit en outre les bains de Salins-Moutiers qui, pour lui, remplissent les mêmes indications que les bains de mer chauds, préconisés par Foubert. Les urines des jeunes obèses ne présentaient d'autre anomalie qu'une présence d'urates en excès. A l'appui de cet intéressant travail, l'auteur lui annexe 40 observations.

II. Malgré de nombreux et de savants travaux sur cette branche de la thérapeutique dont l'importance est devenue si grande, l'hydrothérapie présente encore un champ d'étude très intéressant et très fécond. Il suffirait, au besoin, pour s'en convaincre, de parcourir ce travail dans lequel le Dr Bottey examine divers points importants, et cela avec la compétence, le jugement et la conscience que l'auteur apporte dans toutes ses recherches. Aussi nous regrettons de ne pouvoir donner ici qu'un rapide aperçu de cette publication dont la lecture nous a paru particulièrement intéressante et fructueuse.

Cette étude comprend essentiellement deux parties, consacrées, la première à la *douche froide très courte*, et la seconde à la *douche écossaise*. L'auteur considère le premier procédé comme tonique et reconstituant au premier chef, et indirectement sédatif ; — il considère le second comme pouvant produire, suivant son application, des effets soit révulsifs, soit analgésiques, soit révulsifs et toniques, soit sédatifs directs. L'auteur distingue les douches froides à 8° et celles moins froides à 13°. Pour certains cas, il donne la préférence à la première, à la condition qu'elle soit très courte (1, 2 secondes), parce qu'elle produira une réfrigération de l'économie beaucoup plus marquée et, par conséquent, des effets toniques et reconstituants beaucoup plus puissants; et l'on aura beaucoup moins à craindre, par suite de la durée très courte de la douche, des phénomènes d'excitation. L'auteur examine ensuite la question de la douche froide d'*emblée*, et de la douche froide précédée d'une ablution avec de l'eau dégourdie (22° à 24°) ; la question de la douche pendant la période menstruelle, etc. Nous ne pouvons malheureusement que signaler les points qu'il discute avec observations cliniques à l'appui. C'est ainsi que, pour la *douche écossaise*, nous ne pouvons que citer les sujets et les points de vue successifs: douche écossaise révulsive, — révulsive et tonique, — et leurs indications, — la double douche écossaise, — la douche écossaise sédative et tonique. La 3e partie, complémentaire, est une note sur un cas de contracture de la jambe droite, guérie par l'hydrothérapie et la gymnastique médicale suédoise (méthode de Ling).

III. Travail d'ensemble sur Arcachon, avec gravures et cartes. Il comprend trois parties. Dans la première, l'auteur traite du sol et du sous-sol, de la flore et des eaux. — La seconde est consacrée à la climatologie: température, vapeur d'eau, pluies, brouillards, vents, altitude, pression barométrique, etc. — Une 3e et dernière partie est réservée plus spécialement à l'étude successivement de la *ville d'été* et de la *ville d'hiver*: des effets du climat (physiologiques et thérapeutiques), et des formes morbides justiciables d'Arcachon.

C'est une étude très complète et très consciencieuse faite par un médecin fort apprécié et très bien placé pour observer et juger, un livre, par conséquent, précieux à consulter pour tous ceux qu'intéressent les questions de climatologie et, en particulier, pour les médecins.

IV. Dans sa pratique à Cauterets, l'auteur a eu accidentellement, mais souvent, l'occasion d'étudier l'action des eaux dans l'impaludisme, et précisément dans la phase tertiaire la plus larvée. Chez des malades envoyés pour quelque affection des voies respiratoires, « nous fûmes, dit l'auteur, frappé, dans bien des cas, de voir apparaître, du 9e au 12e jour du traitement thermal, des fièvres intermittentes à type quotidien ou autre, le plus souvent parfaitement classiques, et caractérisées par les stades ordinaires de frisson, chaleur et sueur. » Il ne pouvait être question d'incriminer l'état tellurique de Cauterets, et l'on ne pouvait confondre ces accès avec la « poussée thermale; » d'autre part, en interrogeant le malade, on découvrait qu'il avait autrefois subi un traitement par le sulfate de quinine, etc.

Bref, l'auteur a été conduit à admettre que les eaux de Cauterets « réveillaient les manifestations aiguës d'une diathèse palustre plus ou moins invétérée. » En outre, en combinant avec l'administration du sulfate de quinine, le traitement thermal, l'auteur a vu bien souvent disparaître, non-seulement les fièvres mais encore les manifestations morbides qui avaient déterminé le voyage de Cauterets. Le Dr Robert donne un certain nombre d'observations à l'appui des intéressantes considérations que renferme cette étude. G. Delfau.

CORRESPONDANCE

Le *Cysticercus cellulosæ* **est la larve du** *Tænia solium*.

Mon cher Rédacteur en chef,

Les deux notes (1), à peu près identiques, par lesquelles M. Gavoy a voulu récemment démontrer que le Cysticerque de la ladrerie du porc n'est pas la larve du *Tænia solium*, tendent à remettre en question les plus solides acquisitions de l'helmintologie et sont de nature à propager une opinion erronée que nous croyons utile de redresser.

M. Gavoy admet avec raison que la tête des Cysticerques trouvés dans le cerveau humain est identique à celle de deux Ténias expulsés par des soldats ; d'où il conclut à l'identité spécifique, conclusion à laquelle nous ne pouvons que nous rallier. Mais où nous différons d'avis avec M. Gavoy, c'est lorsqu'il assure « qu'il n'existe aucune identité entre le scolex du Cysticerque ladrique (du porc) et celui du *Tænia solium*. »

Par cette simple phrase, et sans apporter à son appui le moindre résultat expérimental, M. Gavoy rejette donc comme nulles et sans valeur les expériences rigoureuses par lesquelles Aloys Humbert, Küchenmeister, Leuckart, Hollenbach et Heller (2) ont démontré précisément ce fait dont il ne tient aucun compte, à savoir que l'ingestion du Cysticerque de la ladrerie du porc devient le *Tænia solium* dans l'intestin de l'homme.

Cette relation du *Cysticercus cellulosæ* avec le *Tænia solium* est surabondamment prouvée: c'est se refuser à admettre l'évidence même que de la révoquer en doute. Il s'ensuit donc que la conclusion à laquelle arrive M. Gavoy est totalement inexacte.

Sur quoi cet auteur se base-t-il pour considérer le Cysticerque ladrique du porc comme différent du Ténia solium ? Uniquement sur ce que les crochets de celui-ci sont longs de 160 μ, alors que ceux du premier seraient longs de 180 à 200 μ ! Cette petite différence ne sort pas des limites ordinaires des variations individuelles ; tout helminthologiste en conviendra facilement.

Pour donner plus de poids à son opinion, d'après laquelle le *Tænia solum* ne proviendrait pas de la viande de porc, M. Gavoy ajoute : « que les Arabes et les juifs de l'Algérie, qui ne mangent pas du porc, sont souvent atteints du Tænia. » Le fait n'est pas nouveau ; mais M. Gavoy semble oublier que le Tænia des arabes et des juifs n'est autre que le *Tænia saginata* ou Tænia inerme, fort distinct du *Tænia solium* et transmis par la viande de bœuf. La distinction des deux espèces a été faite par Gœze dès 1782; ce n'est donc pas précisément une nouveauté, et on ne peut que s'étonner de les voir confondre encore après plus d'un siècle.

Veuillez agréer, etc , Dr Raphael Blanchard.

(1) E. Gavoy, *Non-identité du Cysticerque ladrique et du Tænia solium* in *Comptes-rendus de l'Acad. des sciences*, CV, p. 827, 1887. — *Lyon médical*, LVII, p. 115, 1888.

(2) Voir à ce propos notre *Traité de Zoologie médicale*, p. 390.

Assainissement de la Seine et des villes.

Toutes les questions relatives à l'assainissement des fleuves et des rivières d'une part et à l'assainissement des villes d'autre part, intéressant à un haut degré l'hygiène publique, nous croyons devoir publier la lettre suivante de notre ami M. le Dr Mabaret du Basty, en priant nos lecteurs de bien vouloir nous renseigner sur la pratique du *tout à l'égout* dans les villes qu'ils habitent et sur l'*épuration par le sol* avec ou sans *utilisation agricole* des eaux d'égout.

21 janvier 1888.

Mon cher ami,

J'ai dû prendre quelques renseignements avant de vous adresser les détails que vous me demandez; de là mon retard à vous répondre.

De tout temps on a pratiqué le « tout à l'égout » à Saint-Léonard qui est une petite ville du moyen âge ; la population agglomérée est de 3.000 habitants.

Dans chaque rue, il y a un conduit qui la suit tout au long et de chaque maison part un raccord en pente qui aboutit au conduit souterrain. Les matières sont entrainées par les eaux ménagères qu'on verse dans les bâtiments et surtout par les eaux pluviales ; la dalle de chaque maison se déverse dans le raccord. Les eaux de la rue ou des maisons qui n'ont pas de dalles, sont amenées aussi par des aqueducs à ciel ouvert communiquant avec les conduits souterrains.

Depuis cinq ans on a installé 20 bornes fontaines-dans les rues, dont le trop plein aide aussi à laver les conduits d'égout. Avant ces bornes-fontaines, les habitants prenaient leurs eaux potables ou leurs eaux ménagères à quatre fontaines situées un peu hors la ville, aux 4 points cardinaux, ou dans des puits. Chaque maison a le sien. Actuellement ces puits ne servent plus guère.

Saint-Léonard est bâti sur un plateau en pente du nord-est au sud-ouest. Il faut monter pour y arriver par les côtes sud, ouest, nord et intermédiaires. Du côté Est on y arrive par une plaine étroite (côte d'où viennent nos nouvelles fontaines). Des collines bien plus élevées l'entourent de tous côtés à une distance qui varie de un à deux kilomètres. A huit cents mètres de la ville, dans la direction sud-ouest,coule la Vienne.

Tout le pays compris entre la ville et les collines est fertilisé par les résidus de la ville. Ils sont recueillis dans des réservoirs à ciel ouvert où les conduits se déversent et qu'on appelle ici des *pêcheries*.

Supposez une forte pluie, les réservoirs qui entourent la ville sont vite pleins, on les garde ainsi quelques jours. Les matières solides déposent au fond. Comme le pays est en pente (la différence d'altitude entre la rivière et la ville est de 100 mètres environ), on fait alors écouler les eaux et irriguer par de petits canaux qui sillonnent jardins et prairies, première fertilisation.

Le résidu solide est enlevé du fond des réservoirs, mélangé avec du terreau et forme ainsi un engrais parfait, 2e fertilisation. Plus le pays est proche de la ville, plus il est fertile et productif.

La première ceinture de Saint-Léonard est constituée par des jardins maraîchers qui donnent de bons légumes et en abondance. Non-seulement ils fournissent la ville mais encore les pays environnants à six ou sept lieues à la ronde, notamment les petites villes d'Eymoutiers (Haute-Vienne) et de Bourganeuf (Creuse).

La seconde ceinture est constituée par des prairies donnant de mai à septembre deux et quelquefois trois récoltes de foins parfaits et faisant prime sur le marché.

En automne, en hiver et jusqu'à fin mars on y laisse paître des moutons, nés dans la montagne ; ces moutons, après six semaines ou deux mois de pâturage, sont envoyés au marché de la Villette et sont achetés comme prés salés. Ils sont petits aussi les bouchers de vos quartiers riches seuls les achètent.

Au point de vue médical je n'ai rien de particulier à vous signaler. Il n'y a pas à Saint-Léonard plus de maladies ou d'épidémies qu'ailleurs. Je dirais presque même moins.

Les réservoirs sont établis tout autour de la ville et à quelques mètres des maisons, 50 ou 40. La pente des rues et des versants de la colline facilitent singulièrement l'écoulement des déjections dans les conduits et des eaux des réservoirs dans les prés.

Ce qu'il y a de certain, c'est que les jardins et les prairies de Saint-Léonard sont renommés et à justre titre et leur fertilité exceptionnelle vient sûrement du tout à l'égout qui je le répète, a toujours existé ici. Si vous désirez d'autres renseignements écrivez-moi ; je ferai diligence, car je vois que vous avez abordé la question à la Chambre. Croyez, mon cher ami, à ma vive affection et à mes sentiments toujours dévoués.

Bien à vous, MABARET du BASTY.

THÉRAPEUTIQUE

Action physiologique de l'albuminate de fer.

S'il est une affection contre laquelle on ne saurait réagir avec trop d'énergie, c'est incontestablement la chloro-anémie aujourd'hui si fréquente.

Les remarquables travaux histologiques qui ont été publiés depuis une vingtaine d'années sur les altérations qui peuvent se produire dans les tissus et les liquides de l'organisme sous l'influence de cet état pathologique, les belles recherches physiologiques qui ont été entreprises en ces derniers temps, tant en France qu'à l'étranger, sur l'absorption des divers principes médicamenteux ont établi nettement la supériorité du fer sur tous les autres agents curatifs de cette dangereuse affection.

Toutefois, ce qui doit dominer dans la thérapeutique martiale, c'est la constatation si facile à faire chez les chloro-anémiques de la diminution d'énergie des grandes fonctions et notamment de la digestion et de l'assimilation. Il en résulte pour le praticien une obligation étroite de donner la préférence à une préparation ferrugineuse, essentiellement physiologique, en quelque sorte toute élaborée et qui n'ait rien à emprunter pour son absorption aux sucs digestifs d'un estomac délabré.

Tous les physiologistes s'accordent aujourd'hui sur ce point que le *fer ne pénètre dans l'économie que combiné à une substance protéique, nutrimentive, et surtout à l'albumine*, que Claude Bernard considère comme le plus assimilable de tous les principes organisés.

Ce n'est pas d'aujourd'hui d'ailleurs que l'on a songé à chercher dans l'économie elle-même le véhicule qui doit y transporter les divers éléments destinés à en devenir parties constituantes. Sachant que l'albumine qui est répandue à profusion dans les tissus vivants jouit de la propriété de dissoudre un grand nombre de sels, on devait utiliser cette propriété pour faire pénétrer dans l'économie des sels jusque-là mal supportés ou rejetés par elle. Cette théorie si ingénieuse soupçonnée par Lassaigne et démontrée par MM. Claude Bernard, Trousseau et Pidoux, a été confirmée par les recherches de M. Laprade qui résume ses observations basées sur de nombreuses expériences cliniques, dans les conclusions suivantes :

1° L'albumine concourt à l'absorption du fer en s'y combinant.

2° Administré à l'intérieur, le fer se combine à l'albumine partout où il la trouve, et cela aux dépens des tissus et des liquides animaux dont il peut altérer la composition et troubler l'action physiologique.

3° En donnant le fer tout préparé à l'état d'albuminate de fer, on évite les inconvénients du médicament et on augmente d'autant les chances de succès du traitement.

4° L'albuminate de fer occasionne bien plus rarement des maux d'estomac que la plupart des autres préparations ferrugineuses.

5° Sous l'influence de cet agent médicamenteux, on peut constater rapidement l'augmentation de l'hémoglobine et des hématies.

En administrant le fer sous un état qui se rapproche aussi complètement que possible de celui sous lequel ce principe existe normalement dans le sang ; en adoptant les perfectionnements apportés par M. Laprade dans la préparation de l'albuminate de fer qu'il présente sous une forme liquide, agréable et très assimilable (*liqueur de*

Laprade), dans laquelle les principes toniques sont associés à l'agent ferrugineux, nous avons pu confirmer l'exactitude de ces conclusions et constater la supériorité de l'albuminate de fer sur la plupart des autres préparations ferrugineuses.

Si nous ajoutons en terminant que les estomacs les plus débilités supportent parfaitement cette préparation qui se donne à la dose d'une cuillerée à chaque repas, que son assimilation facile permet d'en constater l'efficacité dès les premiers jours de traitement ; on s'expliquera facilement la place importante prise par la liqueur de Laprade dans la thérapeutique de la chloro-anémie et des troubles de la menstruation. Dr P. DUMONT.

BIBLIOGRAPHIE

Eléments de médecine suggestive (*Hypnotisme et suggestion. —Faits cliniques*) ; par le Dr J. FONTAN, médecin principal de la marine, professeur à l'école de Toulon, et le Dr Ch. SÉGARD, médecin de 1re classe, chef de clinique à l'Ecole de Toulon. — Paris, O. Doin, éditeur, 1887.

C'est au pavé de l'ours de la fable qu'on peut comparer la pierre que MM. Fontan et Ségard apportent aux fondations de l'édifice (c'est de la médecine suggestive qu'il s'agit) sous la forme d'un livre qui n'a de scientifique que les prétentions qu'il affiche. Il suffira, du reste, pour l'édification de nos lecteurs, de leur citer quelques-unes des observations choisies qui ont servi de substratum aux conceptions théoriques de ces auteurs. L'exposé de ces documents qui forment la moitié du volume nous dispensera d'un long examen des préceptes qui en découlent, et auquel est consacrée l'autre moitié.

Voici l'une de ces observations : « *Mal de Pott. — Accident de compression médullaire. — Douleurs sciatiques. — Méningite tuberculeuse. — Vomissements — Convulsions. — Atténuation remarquable par la suggestion. — Mort.* — » Un épisode y est particulièrement bien noté : « 17. — ... Il n'y a plus eu *ni céphalalgie* ni nausées. La famille est rassurée, mais la persistance de la somnolence et de l'anorexie, avec *quelques cris de nature encéphalique*, continuent à m'inquiéter. »

Que dire aussi de l'observation V, dans laquelle le diagnostic porté est : *sclérose en plaques*. Il s'agit d'un homme âgé de 50 ans, qui en l'espace de 8 ans souffrit successivement, avec des alternatives d'amélioration lui permettant de reprendre son service de gardien de bureaux : 1° de névralgie faciale ; 2° de paraplégie avec anesthésie complète des membres inférieurs sans trouble des sphincters ; 3° de parésie des membres supérieurs : 4° d'hémiplégie avec hémianesthésie gauche ; 5° (cette fois le malade est observé par MM. Fontan et Ségard) de paraplégic avec anesthésie occupant inégalement les membres inférieurs, la jambe droite étant prise à partir du genou, la gauche à partir de la hanche, d'hypéresthésie de la région lombaire (douleurs dès qu'on pèse légèrement sur cette région), et de diminution de l'acuité et du champ visuel. Les observateurs pensent qu'il *n'y a pas à douter* de l'existence dans ce cas d'une myélite diffuse matérielle, et la guérison qu'ils ont obtenue par suggestion leur est un bel exemple de l'action de cette médication sur les lésions matérielles de l'axe cérébro-spinal.

Je détache ces deux termes extrêmes de l'observation XXIV intitulée : *Diabète sucré ; Polyurie améliorée par suggestion.* « 14 *décembre* : émission de 5 lit. 500 d'urine. 7 *janvier* : émission de 5 lit. 500 d'urine (?). » Voici encore deux observations à diagnostic suspect : « Obs. XLVII : *Troubles dyspeptiques ; guérison en une séance.* Mlle Z..., (*pas de signes d'hystérie*), dont la sœur est hystérique, a eu au moment des règles des *vomissements incoercibles sans cause appréciable*, qui résistent à tous les moyens mis en usage. — Obs. XXXVII : *Pelvimétrite chronique avec douleurs intolérables.* Depuis trois mois, Mme X... passe ses journées sur le canapé. Le *moindre attouchement du ventre* fait crier et pleurer la malade (ni fièvre ni vomissements). L'utérus durci, tuméfié, est englobé dans les tissus voisins (?). On rencontre çà et là des noyaux d'induration (?) *La malade n'a rien d'une hystérique.* Après la première suggestion, on peut presser sur le ventre sans causer de douleurs. » Citons encore l'observation L, dans laquelle un tænia resta sourd aux injonctions des expérimentateurs. Il est vrai, d'autre part, que de *plus petits* parasites, les organismes de la diarrhée de Cochinchine, de la dysentérie, de la fièvre paludéene, les streptococcus de la suppuration, et même les gonocoques furent plus dociles...

Certes nous ne suspectons nullement la bonne foi des auteurs, et, par les extraits que nous mentionnons, il est facile de constater que soit des erreurs de diagnostic, soit des traitements concomittants ont fait les frais de ces guérisons pseudo-miraculeuses. La plupart du temps des phénomènes hystériques, hémiplégie, vomissements, ovaralgie, contractures ; ont été confondus avec des myélites, dyspepsies, rétractions ; d'autre fois le régime lacté, la médication ont en même temps eu raison de diarrhées et de dysenteries ; enfin la pulvérisation phéniquée a pu hâter tout autant que la suggestion la cicatrisation d'un ulcère phagédénique.

Ainsi que nous l'avions fait prévoir, il semblerait au moins inutile après cela de mentionner la première partie du livre. La physiologie de l'hypnotisme, dans laquelle entre autres les actes reflexes sont confondus avec les phénomènes de la suggestion, la philosophie de la médecine suggestive, où se trouve notamment proclamé la réalité scientifique du libre arbitre, valent la pratique que nous connaissons. Toutefois nous ne saurions passer sous silence les quelques pages consacrées à l'application de la méthode. On y apprend la *préparation* du malade. « Dites bien que les insuccès sont très rares, que précisément votre client présente les meilleures dispositions,.. », ainsi que la *posologie* de l'hypnose à laquelle est consacré le paragraphe intitulé : *Doses et Formules.*

En somme, les patientes et longues études de MM. Fontan et Ségard sur ce sujet (leurs recherches datent de l'an dernier), permettaient à ces chirurgiens de légiférer avec autorité en cette matière neuro-pathologique, d'autant qu'ils y étaient bien préparés par leurs notions de pathologie générale, de l'étendue desquelles on ne doutera pas après avoir lu « qu'il sera possible d'économiser les coups de bistouris à l'aide de *la suggestion détournant à propos un flux sanguin qui eût abouti à une inflammation suppurative* (1). » PAUL BLOCQ.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Il y a huit ans ou environ, une nommée Marie Meulard, fille de vignerons à Colombes, sous un bon zèle aparent avoit été à Paris pour entrer comme sœur grise de la Charité, ou elle y auroit resté deux années, pendant lesquelles par sa manière de vivre et conduite, elle auroit été renvoyée chez elle à Colombes où estant, ou auroit passé quelques années chez ses père et mère, après lesquelles, sous *ombres de dévotions* elle auroit sollicité des malades dans leurs besoins, notamment l'épouze d'un officier du roy demeurant audit lieu, lequel, selon toute apparence elle auroit débausché *et élu compagnie charnelle avec luy* un très longtemps, si bien que la personne malade estant decedée, ladite Marie Meulard, se seroit déclarée grosse des faits dudit officier, de quoi il n'a jamais disconvenu, puisque peu de temps après, il l'a mis à Paris chez le nommé Picard voiturier proche le Pont Royal ou Elle y a demeuré *en continuant son libertinage*, non seulement avec ledit officier mais encore avec ledit sieur Picard jusques quelques jours avant son accouchement qu'elle vouloit cacher aussi bien que sa grossesse au public, et s'est retirée chez la femme d'un nommé Gand, cocher rue de l'Université ou elle a couché, et peu de temps après a retourné chez ledit Picard avec lequel a recommencé le commerce ci-devant et est venu avec luy plusieurs fois à Colombes chez ledit officier, notamment la nuit de Noel 1719 et toutes les festes qu'il se seroient fait voir au public avec scandale.

L'officier qui a remarqué le dereglement de ladite Meulard qu'il nourrisoit à Paris chez ledit Picard, se voulant marier et se défaire d'elle luy a proposé de se faire mestresse sage femme pour demeurer audit Colombes et pouvoir la revoir quand il voudroit luy a promis d'en fournir les deniers necessaires pour cet effet consigné la somme suffisante (2) pour cela aux gens proposés à la recette. Mais comme il ne suffit pas d'argent en tel cas pareil, mais qu'il faut encore que la personne qui se présente soit revetue de bonnes mœurs et qualité pour y avoir confiance, ledit officier pour tromper

(1) Page 110.
(2) 120 livres.

la bonne foy *s'est dit pour lors son onele*, ce qui n'est pas vrai, etc., etc.

. . . . , ...

Par une foule de moyens plus ou moins bien combiner, elle est entrée à l'Hotel Dieu pour faire sa maitrise sous le nom de Michel Meulard, femme d'un Jean Poisson imaginaire.

. . . .

Il résulte disent les signataires de la lettre qu'il ne faut à tout paix recevoir cette femme et surtout qu'ils ne l'accepteront jamais à Colombes ou le premier amant de la fille Meulard, l'officier déjà nommé demeurant actuellement et est marié en secondes noces ne manquerait pas d'être ramené à la debauche par ladite Meulard, à la destruction de son menage et scandal du public.

S'il paroit le moindre doute de ce qui est dit ci dessus, messieurs (*les administrateurs*) pourront en escrire à Colombes au sieur curé du lieu, sindic, marguilliers anciens, aux deux sages femmes et autres du public qui en ont entière connoissance.

Monseigneur le Procureur général en a le double .(*Liasse* 875).

1749. 16 *avril*. — *Extrait des registres des délibérations du Bureau de l Hostel Dieu.* Sur la representation faite par les mères Prieure et sous-prieure que des vingt filles domestiques de la Chambre d'en bas nommées ambulantes prises par extraordinaires pour suppleer au nombre des Religieuses et des novices qui depuis quelque temps est fort diminué. Et en attendant que ce nombre puisse augmenter et suffire au soulagement des malades, il n'y a que douze de ces vingt filles qui ayent actuellement des gages, que les huit autres n'étant point payées quoi qu'elles ayent autant de travail, *il est très difficille de trouver des sujets convenables, ce qui seroit plus aisé si elles étoient aux mesmes* appointements que les douzes autres. Après que messieurs les commissaires ont dit leur avis.

A été arrêté que jusques a ce qu'il en ait été autrement ordonné par le Bureau, lesdites vingt filles de la Chambre d'en bas nommées *ambulantes* auront toutes les mêmes gages, quelles seront employées sur les états des gages et seront payées sur le pied de . . . , pour ehacune a commencer du premier du présent mois d'avril.

Délivré par moi Greffier du Bureau de l'Hôtel Dieu de Paris soussigné ; Varin.

(*Nota*). Scavoir de madame la Prieure si avant la délibération des autres parts il y avoit 12 filles de la Chambre d'en bas, ou s'il n'y en avoit que 8 et si touttes ces vingt filles sont employées aujourdhuy à l'Hôtel Dieu.

Nota. M. Ballin dit qu'il y en a eu 20 de payées sur le pied de 36 livres qu'auparavant il n'y en avoit que 8, par conséquent c'est 12.

La première délibération fut donc reetifiée par l'arrêté suivant.

1749. *Du mercredy* 16 *avril*. — Sur les representations faittes au Bureau par les mères Prieure et Sousprieure de l'Hotel Dieu que des vingt filles de la chambre d'en bas nommées ambulantes prises par extraordinaire pour suppléer au nombre des Religieuses de l'Hotel Dieu qui est fort diminué, il n'y en a que huit de ces filles qui ayent des gages, les autres n'en ayant point eu jusqu'à présent a quoi il seroit necessaire de pourveoir. Surquoy la Compagnie après avoir entendu Messieurs les commissaires dans leur rapport a arrêté de prendre et recevoir les douze filles faisant avec les huit cy devant prises le nombre de vingt filles pour servir dans l'Hotel Dieu dans la chambre d'en bas, lesquelles auront toutes les mêmes gages de trente six livres par années dont elles seront payees a compter du present mois d'avril. (*Liasse* 880).

1754. — Plusieurs séditions causées et suscitées à l'Hôtel Dieu par des malades de force qui y avaient été amenés tant de l'Hôpital général que des prisons de Paris avaient tellement bouleversé les administrateurs, qu'en mai 1754 ils avaient refusé de recevoir des prisonniers du Chatelet.

Le Roi fit écrire a ces derniers, par M. d'Argenson, où il promet de prêter main forte en cas d'insurrection nouvelle et prie les administrateurs de vouloir bien recevoir à nouveau les malades de force.

A cette lettre du Roy, les administrateurs répondirent, le 16 juin, à M. d'Argenson, par une autre lettre, dont nous ne donnerons que les principaux passages.

L'Hôtel Dieu, disent-ils ne peut être une maison de force. L'intérêt public demande que cette maison soit regardée comme un asile de paix et de tranquillité. S'il en étoit autrement, la pluspart des malades aimeroient mieux périr dans leur misère que de venir chercher du secours dans un lieu où ils auroient à craindre des troubles et même pour leur vie.

« On vous en a imposé, monsieur, quand on vous a dit que les prisonniers malades avaient toujours été receus dans l'Hotel Dieu. Voici ce qui s'est passé à cet égard. Il y a quelques années qu'un médecin qui l'étoit en même temps de l'Hotel Dieu et des prisons, engagea *des religieuses de recevoir dans deux salles, dont l'une destinée pour des hommes et l'autre pour des femmes, quelques malades des prisons*, que les consierges y firent conduire comme des malades à l'ordinaire, *ce qui se fit sans la participation et à l'insçu du Bureau*, et ce qui a continué tant qu'il ne s'est rien passé qui ait pu faire conoître le danger et les inconveniens de cette *nouveauté*, qui, par elle-même étoit *un véritable abus*, avant laquelle il est certain qu'on n'envoyoit et qu'on ne recevoit à l'Hotel Dieu aucuns malades des prisons, qui tous étoient conduits à Bissêtre ou à la Salpetrière.

« On ne s'est apperçu des inconveniens de la nouveauté introduite par *le seul concert d'un médecin et des religieuses* qu'à l'occasion de *cinq séditions* arrivées depuis deux mois dans ces deux salles et causées par des malades envoyés des prisons, dans la dernière desquelles un portier a été assasiné et six autres personnes, même des malades des autres salles ont été grièvement blessées par ces prisonniers, qui se sont sauvés. »

Les administrateurs expliquent ensuite que ces mêmes religieuses qui avaient recueill à l'insu du Bureau les prisonniers malades ne veulent plus maintenant les servir, que dans le moment où ils écrivent on les avertit encore de nouveaux complots des prisonniers restés dans la salle des hommes pour mettre le feu, etc., etc., que le mieux est d'emmener ces prisonniers, car les armes des soldats feraient peur aux religieuses. Le 18 juin M. d'Argenson à la lecture de cette lettre répond aux administrateurs :

Il est nécessaire Mrs que j'aye un entretien avec vous ; je vous prie en conséquence de vouloir bien venir demain au Louvre où je dois donner une audiance et je compte my rendre sur les dix heures. Je suis messieurs votre très-humble et très-obéissant serviteur.

Signé d'Argenson.

Les administrateurs vont au Louvre, puis écrivent lettre sur lettre pour régler le différend. Les médecins et Religieuses menacent de quitter le service ; enfin la querelle s'apaise et l'anarchie continue dans la maison. Il n'est pas dans notre programme d'entrer dans tous ces détails, que nous publierons dans un autre ouvrage sur l'Hôtel-Dieu et sur son administration. (*Liasse* 870.)

Le mémoire qui va suivre est un tableau piquant de l'ignoranee des religieuses pour les soins à donner aux malades. Les médecins de l'Hôtel-Dieu sont les premiers à en convenir et à blâmer sévèrement leur imprévoyance. On y trouvera un aperçu du recrutement absurde des infirmiers et infirmières à cette époque. (*A suivre*). A. Rousselet.

Association française pour l'avancement des sciences.

Subventions de l'année 1887.

MM. Pichou, pour aider à la construction d'un modèle de la roue universelle, 500 fr. — Genaille, pour aider à la construction d'une machine à calculer, 500 fr. — Brillouin, pour aider à la réalisation d'expériences sur la propagation du son dans l'eau, 300 fr. — L'abbé Raclot, pour l'achat d'un pluviomètre enregistreur, 250 fr. — Crova, pour aider à la continuation de ses travaux sur l'actinométrie, 3,000 fr.; en deux annuités ; pour cette année (2e *annuité*), 1,500 fr. — L'Observatoire du Mont-Ventoux, pour contribuer aux réparations de l'installation scientifique, 1,000 fr. — MM. Carez et Vasseur, pour aider à la publication d'une carte géologique de France, 200 fr. — Crié, pour contribuer aux dépenses nécessités par ses recherches relatives aux flores tertiaires européennes, 300 fr. — Regnault, pour aider à la continuation des fouilles de la grotte de Gargas, 300 fr. — Lennier, pour aider à la continuation de ses recherches sur la géologie et la paléontologie des côtes de Normandie, 800 fr.; en deux annuités : pour cette année (1re *annuité*), 400 fr. — Benoit, pour aider à la continuation de ses recherches sur les terrains tertiaires du Sud-Ouest de la France, 200 fr. — Fouqué, pour contribuer aux dépenses nécessitées par ses recherches sur la vitesse de propagation des vibrations dans le sol, 2,000 fr.; en deux annuités : pour cette année (2e *annuité*), subvention B. Brunet, 1,000 fr. — Devaux, pour aider à la continuation de ses recherches sur les échanges gazeux chez les plantes aquatiques, 300 fr. — Bonnet et Maury, pour contribuer aux dépenses d'une exploration botanique du Sud Oranais, 1,600 fr. — Giard et Bonnier, pour aider à la publication de l'ouvrage : Contributions à l'étude des Bopyriens, 450 fr. — Brongniart, pour aider à la continuation de ses recherches

sur les insectes fossiles, 300 fr, — LATASTE, pour aider à la publication de l'ouvrage : Notes sur différentes espèces de l'ordre des Rongeurs, 450 fr. — FABRE DOMERGUE, pour l'achat d'instruments de micrographie, 500 fr. — VAYSSIÈRE, pour aider à la publication d'un Atlas d'anatomie comparée des Invertébrés, 250 fr. — GUITEL, pour aider à la continuation de ses recherches sur le système de la ligne latérale des Lépidogasters, 800 fr.; en deux annuités : pour cette année (1re *annuité*), 400 fr. — CHEVREL, pour aider à la continuation des ses recherches sur le nerf grand symphatique des Poissons, 400 fr. — JOUBIN, pour aider à la publication de ses recherches sur les glandes salivaires des poissons, 500 fr. — FRANÇOIS, pour contribuer aux dépenses d'une mission à Tahiti ayant pour but l'étude du développement des madrépores, 2,000 fr.; en deux annuités : pour cette année (1re *annuité*), 1,000 fr. — BEAUREGARD, pour aider à la publication de ses recherches sur les insectes vésicants, 250 fr. — SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE D'ARCACHON, pour aider au développement des collections et des laboratoires, 300 fr. — PROUHO, pour aider à la continuation de ses recherches de zoologie, 500 fr. — NICOLAS, pour aider à la continuation de ses fouilles, 100 fr. — BOSTEAUX, pour aider à la continuation de ses fouilles, 100 fr. — HONNORAT, pour aider à la continuation de ses fouilles, 200 fr. — L'ABBE CAU-DURBAN, pour aider à la continuation de ses fouilles, 200 fr. — TOPINARD, pour aider à l'établissement d'une carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux en France, 1,000 fr. — L'ABBÉ MAILLARD, pour la continuation de ses fouilles. 100 fr. — PETIT, pour aider à la publication des œuvres de Jean Méry, 200 fr. — DE ROCHAS, pour aider à la publication de ses recherches sur les forces non définies, 150 fr. — MAUREL, pour aider à la continuation de ses études sur les causes de l'action des marais, 100 fr. — FOUREAU, pour aider à la publication d'une carte du Sahara et des régions voisines (subvention de la Ville de Paris), 400 fr. — TURQUAN, pour aider à la publication d'une carte statistique de la repartition de la population en France 500 fr. — Bourses de section pour le Congrès d'Oran, 1,000 fr. — Médailles offertes au Bureau central météorologique pour les capitaines de navire ayant envoyé les meilleures observations, 350 fr. — Total : 18,050 fr.

Concours pour des emplois de chimiste et d'expert-inspecteur au Laboratoire municipal de chimie.

Un examen pour les emplois de chimiste et d'expert-inspecteur au Laboratoire municipal de chimie établi près la Préfecture de police aura lieu le lundi 27 février 1888, à dix heures du matin. Les candidats devront, en conséquence, adresser une demande à la Préfecture de police (secrétariat général, service du Personnel), en y joignant : 1° Leur acte de naissance ; 2° Un extrait de leur casier judiciaire ; 3° Leur livret militaire ; 4° Un certificat de bonnes vie et mœurs ; 5° Une notice faisant connaître leurs antécédents et leurs études. Cette notice devra être accompagnée des diplômes, certificats, etc., à l'appui. Cette demande devra parvenir à la Préfecture le 31 janvier, au plus tard. Ne seront admis à concourir que les candidats réunissant les conditions suivantes : 1° Etre Français ; 2° Avoir satisfait à la loi sur le recrutement militaire ; 3° Etre âgés de plus de 21 ans et de moins de 30 ans ; 4° Avoir été examinés par l'un des médecins de la Préfecture de police, et reconnus physiquement aptes à remplir les fonctions dont il s'agit. Aussitôt leur demande parvenue, les candidats recevront, à domicile, un exemplaire du programme de l'examen.

JURISPRUDENCE MÉDICALE

Appareils médicaux. — Invention tombée dans le domaine public. — Cession. — Effet (1).

Lorsque par le fait et la volonté de l'inventeur, un appareil médical est tombé dans le domaine public, la convention par laquelle l'inventeur donne ultérieurement à un concessionnaire l'exclusivité de la publication de l'appareil ne peut pas préjudicier aux droits des tiers et mettre obstacle à la fabrication et à la vente de l'appareil par d'autres que le concessionnaire.

M. le Dr Faucher est l'inventeur de divers appareils médicaux et notamment de tubes destinés au lavage de l'estomac, dits « tubes Faucher. » Pendant longtemps. le docteur Faucher a laissé les fabricants et marchands d'appareils médicaux fabriquer et vendre sous son nom des instruments construits sur les données scientifiques indiquées par lui. Il n'a jamais rempli aucune formalité pour s'assurer le monopole de l'exploitation de ses inventions.

Au mois de décembre 1885, le Dr Faucher a fait, avec MM. Gennevoix et Ce, des conventions aux termes desquelles il a concédé à ces derniers l'exclusivité de la fabrication des tubes portant son nom.

MM. Gennevoix et Ce, en leur qualité de concessionnaire, sont venus se plaindre de la concurrence déloyale que leur faisaient MM. Léon et Jules Raynal, lesquels mettaient en vente, sous le nom de « tubes Faucher » des appareils ne sortant pas de la maison Gennevoix et Ce. Ils ont demandé au tribunal d'interdire pour l'avenir à MM. Raynal, la vente des tubes sous le nom de « tubes Faucher » et ils ont réclamé des dommages-intérêts et l'insertion du jugement à intervenir.

Le tribunal, après avoir entendu Me Houyvet, agréé pour MM. Gennevoix et Ce, et Me Mermilliod, agréé de MM. Léon Raynal et Jules Raynal, a statué en ces termes :

Le tribunal,

Attendu que Gennevoix et Ce, agissant en qualité de concessionnaires et dépositaires généraux des appareils inventés par le Dr Faucher et connus sous le nom de tubes Faucher, destinés à laver l'estomac, soutiennent que les défendeurs mettraient indûment en vente, sous le nom « Faucher » un produit étranger à leur manufacture ;

Qu'il y aurait lieu, en conséquence, de faire défense à Léon et à Jules Raynal, de vendre à l'avenir, sous le nom de tubes Faucher des produits étrangers à la fabrication Gennevoix et Ce, et de les condamner, à raison du préjudice causé, à payer 2 000 francs de dommages-intérêts ensemble d'ordonner l'insertion du jugement à intervenir ;

Mais attendu que si, en effet, à la date du 12 décembre 1885, des conventions enregistrées sont intervenues entre Gennevoix et Faucher, aux termes desquels ce dernier leur concédait l'exclusivité de la fabrication des tubes portant son nom, des pièces produites et notamment des prospectus divers et des nombreux catalogues d'appareils médicaux versés aux débats, il appert que le Dr Faucher a laissé sans discontinuité les fabricants et marchands d'appareils médicaux, fabriquer et vendre sous le nom de tubes Faucher, des instruments construits sur les données par lui indiquées, sans qu'il ait jamais élevé aucune protestation contre ces agissements. Que si le Dr Faucher n'a pas cru devoir s'assurer, par les moyens prévus par la loi, la propriété exclusive de l'appareil vendu sous son nom, il y a lieu de supposer qu'à l'exemple d'autres médecins il avait alors entendu illustrer son nom en l'attachant à une découverte utile, sans songer à en tirer un profit pécunier ;

Attendu qu'aujourd'hui, alors par le fait et la volonté de son inventeur, le « tube Faucher » est tombé dans le domaine public, il ne saurait devenir l'objet d'une cession dont l'effet serait de faire perdre aux fabricants d'appareils médicaux et notamment aux défendeurs le bénéfice d'une publicité répétée, faite à la connaissance du Dr Faucher et dont les résultats profiteraient à Gennevoix et Ce seulement ;

Que les diverses prétentions des demandeurs doivent donc être écartées.

Pour ces motifs,

Déclare Gennevoix et Ce mal fondés en leurs demandes, fins et conclusions, les en déboute.

Les condamne aux dépens.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 6. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Remy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Trélat, Delens, Ribemont-Dessaignes.

MARDI 7. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Peyrot. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Fernet, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Richet, Panas, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Duplay, Tarnier, Campenon.

MERCREDI 8. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Marc Sée, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Landouzy.

JEUDI 9. — — (Épreuve pratique) Méd. opér. : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Polaillon, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Hutinel, Villejean.

VENDREDI 10. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Lannelongue, Rémy, Segond ; — (2e partie) : MM. Potain, Hayem, Déjérine.

SAMEDI 11. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Fernet, Quenu. — 3e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Campenon. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Tarnier, Brun ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Polaillon, Maigrier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 7. — M. Girode. Contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux. — M. Cahn. De la marche de la fièvre typhoïde chez

(1) *Le Droit*, journal des tribunaux. Tribunal de commerce de la Seine. Présidence de M. May. Audience du 31 juillet 1886.

les paludéens. — M. Toché. Etude sur deux cas d'endothéliome du cervelet. — *Mercredi* 8. — M. Gioux. Insuffisance des muscles de l'œil. — M. Thyssen. Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. — M. Brinon. Contribution à l'étude de l'uréthrocéle vaginale. — M. Bosselut. Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse chez les jeunes enfants âgés de moins de deux ans. — M. Despreaux. Curettage utérin. — *Jeudi* 9. — M. Neiret. Etude sur Hermann Boerhaave — M. Arrivot. Séméiologie médicale des doigts. — *Vendredi* 10. — M. Jeanselme. Dermites et éléphantiasis. — M. Saint-Laurens. Traitement des plaies traumtiques de l'estomac et de l'intestin. — *Samedi* 11. — M. Dufossé. Etude sur la narcolepsie. — M. Magé. Rétrécissement mitral pur. — M. Mosnay. De la phlegmasia alba dolens dans la chlorose.

Enseignement médical libre.

Obstétrique. — M. le Dr Fournel, médecin du Bureau de bienfaisance, commencera un cours complet d'obstétrique avec manœuvres, le lundi 6 février, à 5 heures, et le continuera tous les jours. On s'inscrit rue Suger, 4.

Maladies des voies urinaires — M. le Dr H. Picard reprendra son cours lundi 6 février, à 5 heures, Amphithéâtre n° 1 de l'Ecole Pratique et les continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Gouttière à valves mobiles ; par le Dr Nicaise.

Dans le traitement de certaines affections de la colonne vertébrale, du bassin, de la hanche, le chirurgien est souvent dans la nécessité d'employer la gouttière de Bonnet pour immobiliser le malade. Cet appareil présente cependant, certains inconvénients ; s'il y a des pansements à faire, on est obligé de soulever le malade ce qui détermine des mouvements dans la partie lésée et est généralement l'occasion de douleurs très vives ; on peut, il est vrai, mobiliser certaines parties du fond de la gouttière ; mais ces fenêtres sont généralement insuffisantes et si, pendant le traitement, il survient quelque complication, quelque escharre, il n'y aura pas de fenêtre à ce niveau pour faire un pansement. Enfin cet appareil se salit rapidement ; il est difficile à maintenir très propre. La toile qui le recouvre devrait être changée souvent ce qui finit par devenir onéreux. Avec la gouttière de Bonnet il est presque impossible d'exécuter rigoureusement les pansements antiseptiques dans les résections de la hanche, par exemple.

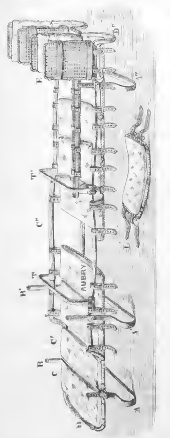


Fig. 27.

Frappé de ces inconvénients, dans les résections de la hanche en particulier, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, M. le Dr Nicaise a pensé qu'il y aurait avantage à se servir d'une gouttière dont le fond au lieu d'être fixe serait formé de valves mobiles ; de cette façon on pourrait panser le malade en quelque point que ce soit sans le soulever, sans le faire souffrir. M. le Dr Nicaise pria M. Aubry, un de nos meilleurs fabricants d'instruments de chirurgie, de faire une gouttière dans ces conditions.

Le fond de la gouttière est formé par des valves en treillis de fil de fer à cadre résistant. M. Aubry apporta tous ses soins à la construction de l'appareil. Après divers tâtonnements et des modifications indiquées par l'usage, on arriva à la gouttière représentée dans la figure ci-contre... Le cadre est supporté par trois pieds AAA qui peuvent être allongés ou raccourcis. Ces pieds en même temps qu'ils soulèvent l'appareil en augmentent la solidité. En outre sur le cadre se fixent les cerceaux T et T qui assurent encore la solidité de l'appareil. Les plaques métalliques plus ou moins concaves sont fixées de chaque côté au cadre de la gouttière par deux courroies en cuir que l'on peut allonger ou raccourcir (*fig.* 27).

Les plaques sont recouvertes par un coussin capitonné mobile ; les coussins capitonnés peuvent être remplacés par des coussins en caoutchouc que l'on remplit d'air ou d'eau. On voit en L une plaque détachée avec son coussin. Le nombre de plaques dont se composera la gouttière peut varier selon les cas.

Il est inutile d'insister sur la description de la gouttière ; la lecture de la figure suppléera aux détails qui peuvent manquer. On conçoit donc qu'il est facile d'enlever une plaque sans remuer le malade, d'où une grande facilité pour faire les pansements et tenir l'appareil dans une propreté absolue. On n'a qu'à enlever la plaque du périnée ou celle du bassin pour les besoins de la miction et de la défécation. Il n'y a pas, en effet, dans notre gouttière d'orifice postérieur comme dans la gouttière de Bonnet. La suppression de cet orifice est un avantage, car son rebord détermine souvent par pression des douleurs et même des érosions de la peau.

La gouttière est supportée par des pieds qui l'élèvent un peu au dessus du plan du lit d'une hauteur qu'on peut faire varier à volonté. Ceci permet de se passer des appareils employés ordinairement pour soulever les malades (poulie, moufles, grand cadre entourant le lit afin de permettre les fonctions journalières et les soins de propreté).

FORMULES

IV. Glycérolé contre les taches pigmentaires cutanées. (Unna).

IV.	Oxyde de bismuth	} ãã 2 gr.
	Amidon de riz	
	Caolin	4 —
	Glycérolé simple	10 —
	Hydrolat de roses	q. s.

F. s. a. On étend ce mélange, à l'aide d'un pinceau, sur la peau envahie par les taches pigmentaires, et on le laisse sécher. On lave soigneusement avant de faire une nouvelle application. (*La Clinique*).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 janvier 1888 au samedi 28 janvier 1888, les naissances ont été au nombre de 1129, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 408 ; illégitimes, 157. Total, 565. — *Sexe féminin :* légitimes, 417 ; illégitimes, 147. Total, 564.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 janvier 1887 au samedi 28 janvier 1888, les décès ont été au nombre de 1153, savoir : 567 hommes et 586 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 14. T. 23. — Variole : M 7, F. 5, T. 12. — Rougeole : M. 3, F. 11. T. 14. — Scarlatine : M. 5, F. 1, T. 6. — Coqueluche : M. 2, F. 11. T. 13. — Diphthérie, Croup : M. 27, F. 20, T. 47. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 110, F. 81. T. 191. — Autres tuberculoses : M. 19, F. 10. T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 32. T. 46. — Méningite simple : M. 22, F. 17. T. 39. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 33, F. 25. T. 58. — Paralysie : M. 2, F. 2. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 4. T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 35. T. 58. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 25 T. 42. — Bronchite chronique : M. 32, F. 27. T. 59. — Broncho-Pneumonie : M. 11, F. 21. T. 32. — Pneumonie M. 53, F. 51. T. 104. — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 11. T. 24. — Gastro-entérite, sein : M. 3, F. 10. T. 13. — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 0. T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 17. F. 18, T. 35. — Sénilité : M. 14, F. 25. T. 39. — Suicides : M. 8, F. 2 T. 10. — Autres morts violentes : M. 14. F. 3. T. 17. — Autres causes de mort : M. 103 F. 106. T. 209. — Causes restées inconnues : M. 2. F. 5. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 40, illégitimes, 11. Total : 51. — *Sexe féminin :* légitimes, 25 ; illégitimes, 9. Total : 34.

Faculté de médecine de Paris. *Clinique ophtalmologique* (Hôtel-Dieu). — M. le Dr Valude, chef de clinique, commencera ses leçons d'optique physiologique, le jeudi 9 février 1888, à 4 heures, et les continuera les samedis et jeudis à la même heure. Leçons cliniques et opérations les lundis et vendredis, à 10 heures. Exercices ophtalmoscopiques tous les mercredis.

Faculté des sciences de Rennes. — M. Lemesle, licencié ès sciences physiques, est chargé, pendant la durée du congé accordé à M. Périer, des fonctions de préparateur de physique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Un Concours s'ouvrira le 1er août 1888, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS. — A la suite du décès de M. le professeur Dally, des modifications importantes ont été introduites dans l'Ecole d'anthropologie. Deux chaires nouvelles ont été créées. MM. Manouvrier et G. Hervé, professeurs-adjoints, ont été nommés titulaires. L'Ecole se trouve maintenant, constituée de la manière suivante : *Embryologie et anthropogénie :* Prof. MATHIAS-DUVAL ;—*Anthropolog. générale* : Prof. M. TOPINARD; *Anthropologie préhistorique* : Prof. G. DE MORTILLET;—*Ethnographie et linguistique* : Prof. M. A. HOVELACQUE ; —*Géographie médicale :* Prof. M. BORDIER ; *Histoire des civilisations :* Prof. M. LETOURNEAU ;— *Anthropologie physiologique* : Prof. M. MANOUVRIER ; — *Anthropologie zoologique*: Prof. G. HERVÉ.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CAEN. — Un Concours s'ouvrira, le 16 juillet 1888, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole de Caen. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE CLERMONT. — M. BOURGADE DE LA DARDYE, professeur de clinique médicale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne à ladite Ecole. — M. DOURIF, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale à la même Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE POITIERS. — Un Concours s'ouvrira, le 16 juillet 1888, à ladite Ecole, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN. — M. BRUNON, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE MILITAIRE DE PARIS.—Par application des dispositions du titre IX de la décision ministérielle du 26 mars 1887 et de l'article 15 du décret du 22 novembre 1887, MM. Guillaume, Gauillard et Ravoux, élèves du service de santé militaire, reçus docteurs en médecine, sont nommés à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang du 16 janvier 1888.

Nancy.—Le 2 février, les étudiants de l'Université de Nancy, réunis dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté en assemblée générale, ont nommé une délégation chargée de présenter au ministre de la guerre les vœux de l'Université de Nancy pour la création à Nancy d'une Ecole de santé militaire. Les étudiants invoquent principalement les considérations patriotiques qui militent en faveur de cette ville.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine d'Iéna.*— M. le Dr ROSENBACH, professeur extraordinaire à Göttingen, est nommé professeur ordinaire de clinique chirurgicale à Iéna.

HÔPITAUX DE PARIS. *Concours de l'externat.* — Autres questions traitées : 1re épreuve, *Veines du membre inférieur.* 2e épreuve : *Des lavements; —de l'anthrax.*

Concours de l'internat. — Il faut ajouter à la liste que nous avons publiée dans notre dernier numéro les noms suivants. *Internes titulaires :* n° 57, MM. Faure-Miller ; 58, Homolle ; 59, Durand; 60, Hélary ;— *Internes provisoires* : Mlle Champeil, Saninton, Souplet et Matton. Les noms sont classés par ordre de mérite.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Nous croyons savoir que l'administration des hospices va faire installer à l'hôpital d'isolement de Pellegrin une étuve à vapeur sous pression pour la désinfection des objets de literie et des vêtements des malades. La démonstration de l'utilité de ces sortes d'appareils au point de vue de la prophylaxie des maladies contagieuses n'est plus à faire. (*Gaz. méd. de Bord.*).

HOPITAUX CIVILS DE MARSEILLE. — Le Concours pour l'emploi de cinq places d'internes en pharmacie s'est terminé le 28 janvier, par la nomination dans l'ordre de mérite suivant, de MM. 1. Wagner ; 2. Cambe ; 3. Codol ; 4. Grasset ; 5. Escoffier.

ACADÉMIE DES SCIENCES. *Prix.* — L'Académie des sciences a nommé la commission chargée d'arrêter le programme de concours pour le prix de 50.000 fr. fondé par le gouvernement en vue d'arriver à déterminer, par un procédé sûr et usuel, la présence dans les liquides alcooliques de substances ou alcools autre que l'alcool éthylique. Cette commission de douze membres est composée de : MM. Becquerel, Berthelot, Bouchard, Debray, Dehérain, Frémy, Friedel, Mascart, Pasteur, Péligot, Schlœsing et Troost.

ASILES D'ALIÉNÉS. — Par arrêté, en date du 13 janvier 1888, M. le Dr DONNET, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. le Dr BIGOT, décédé. — M. le Dr DONNET est maintenu dans la première classe du grade. — Par arrêté, en date du 13 janvier 1888, a été nommé à l'emploi de médecins en chef de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, créés par l'arrêté du 7 janvier 1888 : M. le Dr MARANDON DE MONTYEL, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille. — M. FEBVRE, médecin-adjoint de Ville-Evrard, est aussi nommé médecin en chef du même asile. — M. le Dr REY est nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — L'Association française pour l'Avancement des Sciences a commencé la série des conférences qui avaient été fondées par l'Association scientifique de France, avec laquelle elle est maintenant fusionnée. La 1re conférence a eu lieu dans le grand amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, qui est en voie d'installation, mais où, grâce à une grande activité, il avait été possible de disposer de cet amphithéâtre. La conférence était faite par M. le professeur Verneuil, de l'Institut, qui avait choisi pour sujet : *Le Tétanos, sa nature et son origine*; elle a été écoutée attentivement par un public nombreux qui a prodigué de chaleureux applaudissements au conférencier.

BIBLIOTHÈQUE UNIVERSITAIRE DE MONTPELLIER. — M. GORDON, bibliothécaire de ladite Bibliothèque (section de médecine), est promu à la seconde classe pour prendre rang à partir du 1er janvier 1888.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — On vient de nommer au grade de méd. de 2e cl : M. Comte-Lagouterie.—Par décret, en date du 20 janvier 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine, *au grade de pharmacien principal de la marine*, M. CAMPANA, pharmacien de première classe.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.—On vient de nommer dans l'armée territoriale : au grade de médecin-major principal de 2e classe : MM. Frémont, Cret, Duverger (15e corps) ; de médecin-major de 1re classe : MM. Damon (gouvernement de Paris), Weiss (6e corps), Chalot (16e corps), Malaval, de Bourilhon ; médecin-major de 1re classe : MM. Hirtz, Seglas (3e corps) ; Picqué, Auvard (4e corps); Julien (6e corps) ; Schwartz (7e corps) ; Maygrier (5e corps) ; Monod, Mesnard (19e corps) ; Champetier de Ribes (6e corps) ; Garel, Chappet, Boadet (14e corps) ; Lemoigne, Alexandrowicz, Bernard, Fanton, Plugette, Alezais, d'Astros (15e corps); Bagneux (6e corps) ; Voyer, Guibal, Belugon, Thon, Dumont, Sarda, Brousse, Dupré (16e corps) ; Devin, Sauvaget ; de médecin aide-major de 1re classe : MM. Périer, Borrin, Legué, Péria, Puel ; de médecin aide-major de 2e classe : MM. Larbouret, Lacoste, Perrier, Perrusset, Cohen, Bruneau, Villeddry, Dufour, Perrier (C. A.) ; Alix, Geghae, Duruty, Martin, Pousson, Boiffin, Guichard, Bastard, Lasne, Bœhler, Doumer, Thoumas, Marfan, Braine, Gacon, Crozat, Benoit-Jeannin.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. COUTON, pharmacien aide-major de première classe, a été attaché à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Par décision ministérielle, en date du 15 janvier 1888, M. MALGAT, médecin aide-major de première classe aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie, désigné pour le 150e d'infanterie, a été maintenu aux dits hôpitaux.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret, en date du 21 janvier 1888, M. le Dr CROUZET, maire de Bolbec, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

DONS. — Un décret autorise l'acceptation des legs suivants faits par le docteur Oulmont et dont nous avons parlé déjà : 1° Une rente annuelle de 1,000 francs pour la fondation d'un prix qui sera décerné tous les ans à l'interne des hôpitaux ayant obtenu la médaille d'or au concours. 2° A l'Assistance publique, une somme de 3,000 francs pour le bureau de bienfaisance du 9e arrondissement. 3° A la fondation de Rothschild, à Paris, une somme de 24,000 francs pour la fondation de deux lits dans la maison de retraite de vieillards israélites de la rue de Picpus, et une rente annuelle de 100 francs pour la fondation de deux services religieux annuels dans la chapelle de l'hopital israélite. 4° A l'Association des médecins du département de la Seine, une somme de 6,000 francs. 5° A l'Association générale des médecins de France, une somme de 10,000 francs. 6° Au comité de bienfaisance israélite de Paris, une somme de 3,000 francs.

EPIDÉMIE A GRENOBLE. — Certains journaux ont parlé très à la légère d'une épidémie de goitres qui sévirait sur les troupes de la garni

son et principalement sur le 140e régiment d'infanterie. La vérité est qu'il n'existe pas un seul cas de goitre en traitement, et que tout se réduit à une simple épidémie d'*oreillons*, plus sérieuse du reste par la quantité que par la gravité des cas. Les mesures énergiques qui ont été prises et l'activité que déploient dans ces circonstances MM. les médecins militaires donnent dès maintenant l'assurance que, d'ici à quelques jours, l'état sanitaire sera redevenu satisfaisant.

Exposition d'hygiène a Ostende. — Une exposition d'hygiène internationale d'hygiène et d'appareils de sauvetage aura lieu, l'année prochaine, à Ostende, sous la direction du Conseil communal.

La Médecine au Palais. — M. le docteur Floquet, médecin du Palais, vient de dresser la statistique des « divers cas » qui se sont produits au Palais de Justice et au tribunal de commerce pendant l'année 1887. Il n'a pas été constaté moins de 319 cas médicaux ou chirurgicaux, parmi lesquels nous relevons 10 cas d'alcoolisme aigu et chronique, 6 de congestion cérébrale et 33 d'hystérie. Il n'y a eu qu'une mort subite.

Longévité. — On annonce la mort de Mme Thunot-Duvateney, veuve, en premières noces, de l'académicien Michaud, décédée le 18 courant à Passy, à l'âge de plus de cent ans.

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Gueneau vient d'être nommé conseiller général de la Côte-d'Or (canton de Nolay).

Monument a Béclard. — Le comité de souscription du monument et du buste élevés à la mémoire du professeur Jules Béclard, ancien doyen de l'Ecole, au cimetière du Père-Lachaise, a l'honneur d'informer Messieurs les Etudiants que l'inauguration de ce monument aura lieu le 9 février prochain et les invite à y assister.

Nouvel usage des haricots. — La méthode de Bergeon simplifiée par l'humoristique feuilletoniste de l'*Union médicale* a fait son chemin ! Le professeur Ewald (de Berlin) a proposé avec le plus grand sérieux (*Gesellschaft für innere Medicin)* de faire ingérer des haricots aux phtisiques, en leur recommandant de contracter énergiquement leur sphincter !! (*Loire médicale*).

Société de secours mutuels des ouvriers en instruments de chirurgie. — Cette société, qui intéresse les médecins et les chirurgiens, a tenu son assemblée générale annuelle le 29 janvier dernier, dans l'une des salles de l'Ecole de médecine. Sa situation est résumée par le tableau suivant:

Caisse de retraites	12.287 11
Caisse de fonds libres	6.661 10
Titre communal 1879, no 777.951 . . .	488 95
— — 792.437 . . .	475 05
— — 665.253 . . .	461 »
En espèces	773 80
Total	21.147 01

Un hypnotiseur en police correctionnelle. — Le tribunal correctionnel de Carlsruhe a jugé ces jours derniers un hypnotiseur qui avait endormi un jeune homme de 19 ans. Le tribunal a vu dans ce fait une atteinte à la liberté individuelle et un cas de blessures corporelles par négligence.

Nécrologie. — M. Louis Ser, ingénieur, professeur à l'Ecole centrale des arts et manufactures, membre de la Société d'encouragement, ancien ingénieur de l'Assistance publique, nommé par A. Husson, dont il était le gendre, vient de mourir, à Paris, à l'âge de 58 ans. M. Ser ét it l'auteur de plusieurs ouvrages estimés. — Le *Concours médical* annonce la mort du Dr Rulié, de Tlemcen. — M. le Dr Cassoulet vient de mourir à Bordeaux, à l'âge de 82 ans ; il était docteur de la Faculté de médecine de Montpellier; il y a un mois à peine, malgré son grand âge, il soignait encore ses malades.— M. le Dr Darbou, docteur de la Faculté de médecine de Paris, est mort à Pujols (Gironde), à l'âge de 65 ans ; il exerçait avec distinction la médecine dans les environs de Podensac et de Cadillac ; il avait fait, sous l'inspiration de Gerdy, une thèse importante qui a été assez souvent citée, intitulée : *de l'influence de la pesanteur sur le développement et le traitement des opérations chirurgicales*. — M. le Dr Gervais (de Fleury sur Andelle, Eure).— M. le Dr Duval (de Gournay, Seine-Inférieure), conseiller général, chevalier de la légion d'honneur.— M. le Dr Dumont (de Valhuon).— M. le Dr Plouvier (de Méteren). — M. le Dr Saissinel (de Toulouse). — M. Asa Gray, membre correspondant anglais de l'Ac. des sciences dans la section de botanique. — M. le Dr Valentin, mort à 33 ans à Charmes (Vosges). — M. le Dr Farre, professeur d'accouchements et de gynécologie au King's College de Londres.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière.—Le Dr A. Voisin recommencera ses conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales le dimanche 12 février 1888 et les continuera les dimanches suivants à neuf heures et demie.

Hospice de Bicêtre.—*Maladies mentales:* M. Charpentier, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, le samedi à 9 heures 1/2.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

Ferret (A). — **De l'ophthalmie granuleuse** (Ophthalmie endémique d'Algérie). Brochure in-8 de 74 pages. — Prix : 2 fr. 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 75 c.

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

Defontaine (L.). — Ostéotomie trochléiforme. Nouvelle méthode pour la cure des ankyloses osseuses du coude. Brochure in-8o de 11 pages.

Jamain (A.) et Terrier (F.) — Manuel de pathologie chirurgicale. Tome III. Volume in-18 de 790 pages. — Prix : 4 fr.

Romanes. — L'intelligence des animaux. 2 volumes in-8o cartonnés ensemble, 484 pages. — Prix : 12 fr.

Sergi (G.).— La psychologie physiologique. Traduit de l'italien par M. Mouton. Volume in-8o de 452 pages, avec 40 figures. — Prix : 7 fr. 50

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

Jaccoud (S.). — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Pitié (1886-1887). Volume in-8 de 315 pages, avec 25 figures dans le texte. — Prix : 7 fr.

Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Odéon.

Mundé (F.). — De l'électricité comme agent thérapeutique en gynécologie. Volume in-8 de 72 pages. — Prix : 2 fr. 50.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain.

Bertin-Sans. — Ventilation. Brochure in-8o de 64 pages.

Reclus (P.). — Cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu. Volume in-8o de 579 pages.

Suzanne (G.). — Recherches anatomiques sur le plancher de la bouche, avec étude anatomique et pathologique sur la grenouillette commune ou sublingale. Volume in-8o de 124 pages, avec 2 planches hors texte.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 6 BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 11 FÉVRIER 1888

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

APPAREIL LIGAMENTEUX INTERNE DE L'ARTICULATION DU COUDE

De l'entorse du coude par abduction forcée avec arrachement du ligament latéral interne ;

Par le Dr **Paul POIRIER**, agrégé, chef des travaux anatomiques.

J'ai appris de mon maître, le professeur L. Le Fort, à soupçonner, à rechercher et à reconnaître l'entorse interne du coude avec ses lésions ordinaires : distension, déchirure ou arrachement du ligament latéral interne. Le bras étant solidement immobilisé par une main qui embrasse sa moitié postérieure, l'autre main s'efforce d'imprimer à l'avant-bras un mouvement graduel d'abduction, et l'on voit, si le ligament a été arraché ou rompu par le traumatisme, diminuer l'ouverture de l'angle très obtus et ouvert en dehors que forme normalement l'axe du bras avec celui de l'avant-bras.

Ayant plus tard eu l'occasion d'étudier l'appareil ligamenteux interne du coude, j'ai constaté qu'il y avait lieu de distinguer, dans l'éventail fibreux qui va de l'épitrochlée au pourtour interne de la grande cavité sigmoïde, trois portions nettement distinctes par leurs insertions et leurs fonctions. J'ai pensé alors que ces trois faisceaux ligamenteux ne pouvaient pas être intéressés semblablement dans les traumatismes de la région, et, après avoir cherché en vain si des distinctions de ce genre avaient été déjà reconnues par ceux qui avaient expérimenté avant moi, j'ai tenté, dans ce but, quelques expériences en forçant l'abduction.

L'entorse du coude n'est pas absolument rare et je crois que les observations en seraient plus fréquentes (on n'en trouve guère ou pas) si elle n'était d'ordinaire confondue avec la contusion articulaire; elle a cependant une physionomie spéciale et un signe pathognomonique qui ne permet pas la confusion. J'en ai vu deux beaux exemples pendant mon internat chez M. L. Le Fort (Beaujon, 1878) ; je n'ai pu recueillir l'observation du premier qui, reconnu et pansé à la consultation, ne revint pas ; l'observation du deuxième, traité salle Saint-Félix, recueillie par moi, a servi de base à la thèse du Dr Gilbert (De l'entorse du coude par rupture du ligament latéral interne, Paris, 1881).

Nos classiques et les Dictionnaires n'accordent à l'entorse du coude qu'une courte mention. A part la thèse de Gilbert, qui se borne à exposer le côté clinique de l'affection, je ne connais pas de travail sur le sujet. Huguier (th. de concours 1842) ne parle guère que de l'entorse par extension forcée. La plupart des auteurs étrangers la décrivent en quelques lignes ou la passent sous silence ; j'ai trouvé, dans le Traité de Billroth et Lucke, une description clinique assez complète des différentes entorses du coude ; mais l'anatomie pathologique y est traitée par méthode inductive. Boinet, Denucé et ceux qui, depuis, ont expérimenté sur les lésions diverses produites par les traumatismes du coude, avaient surtout en vue les fractures et les luxations de la jointure ; aussi ne se sont-ils guère arrêtés à considérer les premiers effets du traumatisme; pas un, à ma connaissance du moins, n'a distingué dans les arrachements si souvent reproduits du ligament latéral interne (?) l'arrachement partiel de tel ou tel faisceau.

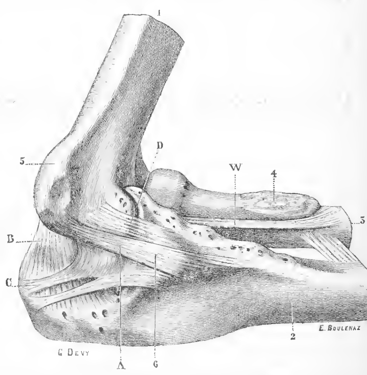


Fig. 28. — Appareil ligamenteux interne de l'articulation du coude. — A. Ligament latéral interne. — B. Faisceau postérieur (lig. de Bardinet). — C. Ligament de Cooper. — D. Faisceau antérieur. — W. Ligament de Weitbrecht. — I. Ligameot intérosseux ; 1. Humérus ; 2. Cubitus ; 3. Radius , 4. Tnbérosité bicipitale du radius ; 5. Epitrochlée ; 6. Tubercule du ligament latéral interne.

Appareil ligamenteux interne de l'articulation du coude. (La planche ci-jointe, qui le représente dans son type ordinaire, a été dessinée d'après un très grand nombre de préparations). Sur toute la face interne de l'articulation du coude la capsule articulaire présente un renforcement continu, en forme d'éventail fibreux, allant de l'épitrochlée au pourtour de la grande cavité sigmoïde ; dans cet appareil ligamenteux on peut nettement séparer trois faisceaux, d'insertions et de fonctions distinctes.

Le *faisceau antérieur* (D) est le plus faible ; quelques fibres allant de la partie antérieure et interne de l'épitrochlée à la moitié antérieure et interne du rebord coronoïdien le composent ; il se tend fortement dans l'extension du membre. Sa faiblesse est en rapport avec la force très réelle du ligament antérieur de l'articulation du coude, qui est beaucoup plus épais et plus fort qu'on ne le dit généralement ; d'aucuns vont jusqu'à le nier (voyez Diction. des Sciences méd., art. Coude) ; cependant le Λ rugueux, que laisse l'insertion de ce ligament au pourtour de la cavité coronoïdienne de l'humérus témoigne suffisamment de sa force et de son épaisseur.

Le *faisceau moyen* (A), moins large, plus long et surtout beaucoup plus fort, est un cordon fibreux, épais,

aplati d'avant en arrière et dont on ne voit que le bord; sa largeur est de 5 à 7 millimètres; pour bien juger de sa forme et de sa résistance, il faut le charger sur une sonde cannelée. Il s'insère en haut sur le bord inférieur de l'épitrochlée; de là, ses fibres descendent vers le tubercule de l'apophyse coronoïde (ce tubercule (6), situé sur le prolongement du bord interne du cubitus est très saillant; de forme pyramidale, il peut être senti sur le vivant; je ne lui connais pas de nom; celui de tubercule du ligament latéral interne lui conviendrait bien); la plupart des fibres du faisceau moyen s'insèrent sur ce tubercule; quelques-unes, les plus superficielles, s'avancent un peu plus loin sur le bord interne de l'os. Ce faisceau moyen a pour fonction principale, je dirais volontiers unique, de limiter les mouvements de latéralité en dehors, c'est-à-dire d'abduction. A l'état normal, ces mouvements, — qui sont possibles dans toutes les positions de l'article, y compris l'extension, — permettent à l'avant-bras de reporter son axe à 2 centimètres en dehors. — Les insertions et le rôle du faisceau moyen le désignent comme le véritable ligament latéral interne de l'articulation du coude.

Le *faisceau postérieur* (1)(B, *fig.* 28) a la forme d'un plan fibreux quadrilatère; inséré d'une part à la partie postérieure et interne de la base de l'épitrochlée, il va se fixer d'autre part à la partie olécranienne du rebord sigmoïdien. Le faisceau postérieur se tend très fortement lors de la flexion de l'avant-bras sur le bras; il est fort résistant et contribue manifestement à limiter le mouvement de flexion; il est aidé dans cette fonction par un faisceau homologue (huméro-olécranien) de l'appareil ligamenteux externe de l'articulation. (J'ajoute en passant que ce dernier faisceau, *huméro-olécranien externe*, est oublié dans la plupart des anatomies du coude; le professeur Sappey en a cependant donné une description à laquelle on ne peut rien ajouter; il est notablement plus faible que l'huméro-olécranien interne et ne se voit bien que lorsqu'on l'étudie par sa face interne après avoir ouvert l'articulation.) — Le faisceau postérieur est quelquefois appelé ligament de Bardinet, depuis que le professeur de Limoges a appelé l'attention sur le rôle qu'il joue dans les fractures de l'olécrâne pour empêcher l'écartement des fragments.

Ligament de Cooper. — L'appareil ligamenteux interne du coude est complété par une mince lame, composée de fibres arciformes (ligament de Cooper, C), qui vont de l'olécrâne à la coronoïde et au faisceau moyen; en passant transversalement au-dessus du sillon creusé entre les facettes olécranienne et coronoïdienne, ces fibres arciformes laissent, entre elles et le fond du sillon, un orifice ovalaire par lequel entre et sort, suivant qu'il est appelé ou chassé par les mouvements de l'articulation, un peloton adipeux très mobile. — On comprend que le ligament de Cooper, ainsi disposé, contribue à empêcher l'écartement dans les fractures de l'olécrâne.

La division de l'appareil ligamenteux interne du coude en trois faisceaux, d'insertions et de fonctions distinctes, a été bien faite par Morris (Anat. of joints of the man) et peut être par d'autres. L'auteur anglais fait remarquer, avec raison, que le faisceau antérieur se tend dans l'extension, le postérieur dans la flexion, et que le moyen est également tendu (tight in every position) dans ces deux mouvements. J'ai souvent contrôlé cette distribution des rôles physiologiques des trois faisceaux, et il m'a paru qu'elle laissait à désirer en ce qui concerne le faisceau moyen. En effet, quelque position que l'on donne à l'article, depuis la flexion extrême jusqu'à l'extrême extension, le faisceau moyen n'est jamais tendu : dans l'extension extrême, il peut paraître tendu, mais il est simplement allongé, sans rigidité. Il est facile de s'en assurer en le saisissant avec une pince qui le déplace facilement; dans la flexion extrême, il est si peu tendu qu'il se ride en forme de Z; mais si, dans quelque position que soit l'article, on vient à essayer un mouvement de latéralité en dehors, le faisceau moyen se tend immédiatement pour limiter ce mouvement, et sa tension n'est plus alors douteuse; elle devient très facilement visible par les reflets nacrés des fibres distendues. — *Anatomiquement et physiologiquement, le faisceau moyen* (A, *fig.* 28) *est bien le véritable ligament latéral interne de l'articulation du coude.*

Expériences sur l'entorse par abduction. — S'il en est ainsi, le premier effet d'un mouvement forcé d'abduction doit être de distendre, puis d'arracher ou de rompre le ligament latéral interne ainsi déterminé. Pour vérifier ce résultat, que permettaient de prévoir les données de l'anatomie et de la physiologie, j'ai fait un assez grand nombre d'expériences. Avec l'aide de M. Jacob, externe des hôpitaux, j'ai exagéré vingt fois le mouvement d'abduction, et vingt fois j'ai vérifié la distension ou l'arrachement du ligament latéral interne. Il me parait inutile de donner ici les détails de ces expériences, dont les résultats ont été constamment ceux que je viens de dire: je dirai seulement comment nous procédions et les résultats obtenus.

Le bras étant solidement fixé sur une table, l'un de nous forçait progressivement ou brusquement le mouvement d'abduction; dès qu'un léger craquement se faisait entendre, nous arrêtions l'expérience pour constater les lésions produites. Sur 20 expériences réalisées dans ces conditions, nous avons trouvé 19 fois le faisceau moyen arraché à l'une de ses insertions, tandis que les faisceaux antérieur et postérieur étaient demeurés parfaitement intacts. Lorsque la violence avait été grande, la lèvre interne de la trochlée venait faire saillie dans la boutonnière produite par l'arrachement du ligament latéral interne, et là elle apparaissait cravatée par le faisceau moyen et le faisceau postérieur restés à leur place. — Une seule fois le ligament fut trouvé rompu.

Le plus souvent le ligament latéral interne est arraché au niveau de son insertion épitrochléenne; l'insertion au tubercule coronoïdien cède plus rarement. On peut du reste prévoir, à peu près à coup sûr, le lieu précis où se fera l'arrachement, suivant la distribution de la force et de la résistance. Lorsque, le bras étant immobilisé, on agit sur l'avant-bras, le ligament est arraché à son insertion épitrochléenne; si, au contraire, on agit par le bras après avoir immobilisé l'avant-bras, c'est l'insertion coronoïdienne qui cède. Ces résultats m'ont paru constants.

Ces conditions peuvent être certainement réalisées dans les divers traumatismes. Tantôt l'avant-bras est entraîné en dehors pendant que le bras est immobilisé au contact du tronc; ou bien le contraire a lieu lorsque par exemple, dans une chute, l'avant-bras rencontre le sol le premier. Dans l'observation de la Thèse de Gilbert (1881) j'avais noté l'existence d'un point douloureux au niveau du tubercule coronoïdien, et, en me relisant, je constate que les conditions du traumatisme imposaient, pour ainsi dire, ce siège à la lésion, tant

(1) Ligament postéro-interne de Sappey; — huméro-olécrânien; — ligament de Bardinet.

les résultats de nos expériences se sont montrés constants.

Je remarque, après M. le professeur L. Le Fort, que la thérapeutique de l'entorse interne du coude varie avec la nature de la lésion. L'entorse avec distension simple du ligament guérit par une ou deux séances de massage. La rupture ou l'arrachement du ligament latéral interne constitue une lésion tout autre, que M. Le Fort sépare nettement de l'entorse. Elle doit être traitée comme une fracture, par l'immobilisation prolongée dans un appareil inamovible ; et il faut plus de temps pour guérir l'arrachement que pour guérir une fracture.

Conclusions. — Il y a lieu de distinguer dans l'appareil ligamenteux du coude trois faisceaux : un antérieur, très faible, qui se tend pendant l'extension ; un postérieur, plus large et plus fort qui se tend pendant la flexion ; enfin, un moyen, très fort, qui a pour unique fonction de limiter le mouvement de latéralité en dehors (abduction) et qui doit être considéré comme le véritable ligament latéral interne de l'articulation.

Le premier effet d'une abduction forcée est la distension puis l'arrachement de ce ligament.

Le ligament latéral interne est arraché à son insertion épitrochléenne, lorsque la violence agit sur l'avant-bras, le bras étant fixé ; — il est arraché à son insertion coronoïdienne, quand la violence agit par le bras sur un avant-bras fixé.

Le mouvement de latéralité en dehors prend alors une étendue anormale et le point maximum de la douleur a son siège précis à l'insertion arrachée du ligament.

PATHOLOGIE INTERNE

Un cas de diarrhée tabétique ;

Par Albert MATHIEU.

La diarrhée dans le tabes a été signalée surtout par Charcot, Vulpian, Fournier, Pitres. Elle a fait l'objet de plusieurs travaux (1).

Je dois à l'obligeance de M. le Dr Créquy, médecin en chef du chemin de fer de l'Est, d'avoir pu examiner un malade qui présente un cas curieux de diarrhée tabétique. Il s'agit d'un homme de 55 ans chez lequel la diarrhée a débuté en 1867, à la suite d'une atteinte de choléra. Depuis elle a persisté d'une façon à peu près continue, malgré les nombreux traitements employés. Il y a six, huit, dix selles par jour, sans douleur, sans épreinte, sans ténesme. Les matières sont jaunâtres, liquides, ne renfermant jamais de mucus. Les besoins se présentent rapidement et d'une façon impérieuse. Cette diarrhée continuelle cause naturellement une grande gêne au malade. Lorsqu'il fait en chemin de fer un certain trajet, il séjourne dans le compartiment qui renferme un water-closet sans oser en sortir.

Les phénomènes tabétiques sont bien caractérisés : absence des réflexes rotuliens, anesthésie des membres inférieurs, signe de Romberg, d'Argyll Robertson, douleurs lancinantes, etc. Le diagnostic ne laisse par conséquent aucun doute.

Ce fait est particulièrement intéressant par la longue durée de la diarrhée qui se présente depuis 20 ans ici. Elle s'est montrée après une attaque de choléra. Il n'est pas impossible que ce soit à cette maladie infectieuse qu'il faille attribuer cette détermination spéciale, et peut-être même le tabes dorsal lui-même.

En tous cas, c'est un fait typique, tant par cette durée prolongée que par sa monotomie désespérante et sa résistance invariable à tous les traitements employés.

(1) *Pulman.* — Troubles fonctionnels des nerfs vaso-moteurs dans l'évolution du tabes sensitif. Th. de Paris, 1882.— *P. Vivier.* De la diarrhée tabétique. Th. de Paris, 1885.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La nouvelle salle d'opération de l'hôpital de Chartres.

En juin 1886 j'eus la bonne fortune de faire, avec mon ami M. Kirmisson, chirurgien des hôpitaux de Paris, un voyage en Suisse et dans quelques villes des bords du Rhin. Dans ce voyage, dont mon ami a rendu compte dans la *Revue de chirurgie* (1), nous avons pu voir combien les doctrines de M. Pasteur, qui ont déterminé dans les pansements la révolution que l'on connaît, ont aussi modifié profondément la conception que nous devons avoir aujourd'hui d'une salle d'opération. Il n'y a rien de commun entre nos anciennes salles et celles : de Tripier, à Lyon ; de Julliard et des Reverdin, à Genève ; de Kocher, à Berne ; de Socin, à Bâle ; de Krönlein, à Zurich ; de Czerny, à Heidelberg. Eclairage, propreté, installation, ameublement, service, tout y diffère, car tout doit avoir un but dont on n'avait aucune idée autrefois : l'antisepsie. Partout nous avons trouvé la même préoccupation : faciliter la besogne du chirurgien en lui permettant de pratiquer, presque sans y songer, l'antisepsie la plus rigoureuse. On n'a pas obtenu d'emblée un pareil résultat, mais après beaucoup d'essais et de tâtonnements on semble arrivé actuellement bien près de la perfection. Hâtons-nous de dire que ce n'est pas dans les installations les plus coûteuses que le problème a été le mieux résolu et que presque toujours les moyens les plus simples ont été les meilleurs.

En allant ainsi de ville en ville, profitant ici d'un conseil pratique, trouvant là une disposition ingénieuse ou un appareil commode, nous ébauchâmes le plan d'une salle d'opération telle que nous paraît l'exiger l'état actuel de la chirurgie.

A mon retour à Chartres, je soumis ce projet à la Commission des Hospices qui, avec un empressement dont je tiens à la remercier, l'accepta aussitôt et me donna carte blanche pour l'exécuter. Les travaux commencèrent en septembre 1886 sous la direction de M. Mouton, architecte de l'hôpital, et après avoir été arrêtés par l'hiver ils furent terminés en mai 1887. Le 6 juin j'y opérai pour la première fois et, depuis cette époque, on y a fait un certain nombre d'opérations dont j'aurai à rappeler incidemment quelques-unes. Cette expérience de six mois m'a permis de juger de la valeur de cette nouvelle salle, et, si d'une manière générale j'en suis très satisfait, j'ai pu cependant relever un certain nombre d'imperfections et d'erreurs qu'il importe de ne plus commettre. Dans la description qui va suivre, je dirai ce qui me paraît recommandable et ce qui me paraît défectueux, afin que ceux qui voudront faire construire

(1) Numéros de novembre 1887 et janvier 1888.

une salle analogue puissent profiter de mon expérience.

Notons qu'à Chartres nous avons un petit hôpital, et cette condition rendait le problème peut-être plus facile, et en tout cas un peu différent de ce qu'il doit être dans ceux qui sont destinés à l'enseignement. Dans ces derniers, en effet, il faut ménager un assez grand espace pour les bancs des élèves, et il y a là des difficultés particulières qu'on a peut-être exagérées et dont nous reparlerons plus loin. En outre, étant donné le nombre relativement faible d'opérations que nous avons à pratiquer, nous ne pouvions songer à construire plusieurs salles comme cela se fait dans certains grands hôpitaux, notamment dans celui d'Heidelberg, où il y en a une pour les laparotomies, une autre pour les opérations ordinaires et enfin une troisième pour les opérations pratiquées sur des malades atteints de suppuration ou autres affections septiques. Ici nous ne pouvions nous permettre un pareil luxe, il fallait nous contenter d'une salle unique; aussi était-il nécessaire d'en rendre le nettoyage plus facile.

Cette nouvelle salle d'opération n'est pas construite dans le bâtiment même de l'hôpital; elle est adossée à un pavillon isolé, situé dans le grand jardin qui l'entoure, et dans lequel se trouvent douze chambres particulières pour des pensionnaires et des malades payants. Cet éloignement de l'hôpital, qui est à une distance de 50 mètres environ, présente certains inconvénients; le seul grave, c'est que les malades que l'on vient d'opérer sont forcément transportés à travers le jardin pour être replacés dans leurs salles; nous y avons remédié avec un brancard couvert et chauffé placé sur une petite voiture à bras de la Société de secours aux blessés. D'autre part, les avantages de cet isolement sont manifestes; la pureté de l'air, l'éclairage plus facile, l'absence d'infirmiers et de gens de service dans le voisinage, enfin l'éloignement de toutes les maladies infectieuses qui peuvent exister dans l'hôpital, tout cela compense amplement les inconvénients. Lorsqu'il s'agit d'une opération grave après laquelle le malade doit être tenu au repos et à la chaleur, on le laisse dans le pavillon où se trouve une grande chambre réservée à cet usage et communiquant directement non avec la salle d'opération, mais avec le vestibule de cette salle.

Ce vestibule est formé par une petite chambre contre laquelle est bâtie la salle d'opération. Il s'y trouve trois portes : une qui s'ouvre sur le jardin et par laquelle entrent les malades de l'hôpital ou ceux du dehors qui viennent se faire panser, une qui donne dans la chambre où l'on couche les malades ayant subi une opération grave (ovariotomie, laparotomie, etc.), et enfin une porte en fer qui est celle de la salle d'opération. Dans ce vestibule se trouve un porte-manteau pour les vêtements du chirurgien et de ses aides, une armoire pour le gros linge tel que draps, serviettes, tabliers, un seau émaillé où l'on jette les pansements sales ou les linges souillés pendant l'opération; enfin c'est dans ce vestibule que se trouve la porte du foyer du calorifère. Si j'insiste sur ces détails, c'est pour bien indiquer que tout ce que doit faire l'homme de peine ou l'infirmier : l'allumage du poêle, l'enlèvement des linges sales, l'approvisionnement, etc., peut être fait sans qu'il lui soit nécessaire d'entrer dans la salle où ne doit pénétrer, en dehors du chirurgien et de ses aides, que la personne de confiance chargée du nettoyage.

La salle d'opération est une grande pièce à peu près carrée, fort simple, dans laquelle on a évité tous les coins et toutes les rainures. On est arrivé à cela en arrondissant les angles, en disposant les fenêtres de manière que les cadres affleurent la surface interne de la paroi, en tenant éloignées de 2 ou 3 centimètres du mur les nombreuses tablettes dont nous reparlerons, ainsi que les tuyaux pour l'eau et le gaz. Ses dimensions sont de 4^m 45 de largeur, 5^m 45 de longueur et 3^m 65 de hauteur. La paroi du côté de l'entrée est la plus compliquée. Le dessin ci-joint (fig. 29) permettra d'en mieux suivre la

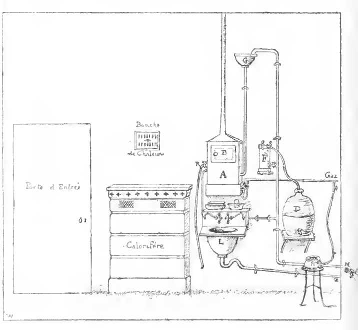


Fig. 29.

description. Je le dois, ainsi que les deux autres qui sont plus loin, à l'extrême obligeance de mon confrère, M. le Dr W. Amiot. Sur cette paroi se trouvent la porte d'entrée, le calorifère, un chauffe-linge B et un chauffe-eau A à gaz, un lavabo L à eau chaude et à eau froide, un filtre Chamberland F avec son récipient D et enfin la prise de gaz. La paroi opposée présente une grande fenêtre de 2^m 45 de largeur sur 2^m 35 de hauteur et un injecteur de chaque côté. Sur chacune des parois latérales se trouve également une fenêtre de 1^m 95 de largeur sur 2^m 35 de hauteur et de nombreuses tablettes. Enfin, dans le plafond, il y a un grand châssis vitré de 2^m 90 de largeur sur 2^m 25 de longueur.

Tous les matériaux qui entrent dans la construction de cette salle doivent pouvoir se laver à grande eau. C'est dire qu'il n'y entre aucune parcelle de bois. Tout est en fer, en verre et en portland. Les châssis des fenêtres sont en fer, et les murs de briques, ainsi que le plafond, sont revêtus à l'intérieur d'une épaisse couche de portland; le tout est recouvert d'une peinture blanche à l'oxyde de zinc.

La question de revêtement intérieur est une des plus importantes, et la manière dont elle a été résolue ne m'a satisfait qu'à demi. J'avais à choisir entre le plâtre, le stuc et un ciment hydraulique. Le plâtre, même durci et revêtu d'une couche de peinture, me paraissait incapable de résister à l'humidité et je ne m'y suis pas arrêté un seul instant. Le stuc est peut-être le meilleur enduit, mais il coûte cher, il nécessite des ouvriers habiles, et, même lorsqu'il est très bien fait, il se fendille souvent. Ces raisons m'ont fait préférer les enduits en ciment et en chaux hydraulique. Le professeur Socin qui, pour tous ces détails, m'a donné de si utiles con-

seils, et dont la salle est le modèle le plus parfait qu'on puisse se proposer d'imiter, a fait enduire les murs d'une couche de chaux hydraulique qui, elle-même, après un certain temps, a été badigeonnée à la peinture à l'huile. Il a été satisfait de ce système, d'autant plus qu'il peut faire renouveler la peinture tous les ans.

J'avais demandé qu'on employât un pareil enduit, mais, je ne sais pour quelle raison, on se décida à faire un revêtement de portland, après que tout le monde m'eut déclaré qu'on pouvait parfaitement y faire tenir la peinture, grâce à certains procédés. Cette promesse ne s'est point réalisée; pendant les deux premiers mois, la peinture tint solidement et la salle fut très propre; mais bientôt elle s'écailla et tomba par fragments, laissant reparaître la surface unie du portland, tandis qu'en d'autres points on voyait transsuder des gouttelettes jaunâtres. Une nouvelle tentative ne réussit pas mieux et il m'est aujourd'hui bien démontré que la peinture ne peut tenir d'une manière durable sur le portland. J'ai l'intention de la laisser tomber entièrement, car l'enduit à nu sera tout aussi facile à nettoyer. L'aspect de la salle sera certainement moins coquet, ce qui est peu important, mais si la clarté devait en souffrir, peut-être me déciderai-je à recourir au stuc ou bien à suivre le conseil qui m'a été donné de faire piquer la couche de portland sur une épaisseur de 1 ou 2 centimètres et d'y faire appliquer une couche de même épaisseur de mortier de chaux hydraulique sur lequel la peinture tient, paraît-il, très bien et que je regrette de ne pas avoir employé.

Pour le dallage du sol, on a aussi employé le portland, mais ici je me déclare complètement satisfait. La plupart des salles que nous avons visitées à l'étranger avaient leur sol recouvert, soit par de la mosaïque, soit plus souvent par un mélange de ciment et de marbre concassé (*terrazzo* des Italiens) qui m'a paru fort solide. La mosaïque est certainement moins bonne; il s'y fait très facilement des fissures entre les morceaux de marbre, qui parfois se désagrègent un peu, ce qui rend la surface inégale. A ces deux substances, j'avoue que je préfère encore le portland, qui m'a paru absolument parfait, à condition de le faire reposer sur une couche suffisamment épaisse et résistante de béton, afin d'empêcher des fissures de se produire.

J'ai dit qu'il existait trois grandes fenêtres latérales et un châssis dans le plafond. Les fenêtres ont leur cadre de fer qui se continue sans relief avec l'enduit du mur. Leur bord inférieur est élevé à 0m 80 ou 0m 90 au-dessus du sol; leur bord supérieur arrive à 0m 50 du plafond; c'est un tort, j'aurais voulu les voir monter jusqu'au point où commence la courbe qui va gagner le plafond. Elles sont formées de quatre vantaux, dont les deux du milieu s'ouvrent en dehors et peuvent se rabattre de chaque côté contre les vantaux fixes, de manière à ne pas gêner l'abaissement des stores. Les vitres sont en verre double pour résister au violent jet d'eau de la lance; celles du bas sont en verre cannelé, afin d'empêcher les curieux de voir du dehors. Ces fenêtres donnent sur le jardin; il suffit de les ouvrir pour avoir une ventilation complète de la salle. On avait dû laisser dans une vitre supérieure d'un vantail fixe un vasistas pouvant s'ouvrir en cas de besoin; on l'a oublié, mais c'est un oubli facile à réparer. En dehors de ces fenêtres, se trouvent des stores de toile; pour les baisser, il faut sortir de la salle; c'est un peu gênant, mais des stores intérieurs ou l'ouverture des fenêtres en dedans l'auraient été davantage.

Le grand châssis vitré du plafond nous donne également une vive lumière qui serait presque suffisante à elle seule, bien que dans sa disposition on ait commis une erreur. Le toit du bâtiment étant à pignon, on a dû placer une fenêtre sur le faîte, mais cette fenêtre qui a la même longueur que le châssis du plafond est plus étroite. Comme, d'autre part, les deux châssis sont éloignés l'un de l'autre par toute la hauteur du pignon, il en résulte une diminution assez considérable de clarté. Il eût été certainement bien préférable de faire à une très faible distance du plafond un toit plat, à légère pente, dans lequel on aurait ménagé une fenêtre de dimension égale à celle du châssis inférieur.

Ce châssis m'a inspiré au début quelques inquiétudes à un autre point de vue. Il existe toujours dans la salle à cause du lavage, du fourneau à gaz, etc., une certaine quantité de vapeur qui tend à se condenser sur les vitres. Dans les premiers temps, cette condensation était telle que, parfois, l'humidité retombait en gouttes d'eau sur le sol. Je fis placer dans une des vitres du châssis un morceau de verre perforé de 0m,20 sur 0m,40 et, à partir de ce moment, il ne s'y forma plus la moindre buée, même pendant des froids de 10 à 12 degrés au-dessous de zéro. Ce changement est-il dû à ce que l'humidité des couches supérieures est entraînée par les trous de ce verre perforé, ou bien cela tient-il à ce que l'air chaud passant par ces trous échauffe suffisamment l'espace situé entre les deux châssis, peut être ces deux causes agissent-elles, en tout cas le résultat a été excellent.

J'aurais voulu que le châssis du toit fut rapproché le plus possible de celui du plafond; mais il est nécessaire, je crois, qu'ils existent tous deux, car un seul serait insuffisant pour plusieurs raisons. Tout d'abord il y aurait là un espace anguleux difficile à nettoyer; en second lieu, il est probable qu'une grande quantité de chaleur se perdrait par là; enfin, la condensation sur les vitres ne pourrait pas être évitée et l'eau ruissellerait sur les murs ou dégoutterait dans la salle. Ajoutons qu'il n'est pas possible de clore le châssis du toit aussi complètement que s'il était inclus dans le plafond. J'en ai pu faire l'expérience. L'espace compris entre les deux châssis est toujours fermé et il ne communique avec l'extérieur que par une mince fente située sous le bord libre des vitres du toit, fente par laquelle s'écoule l'eau de condensation. Or il est impossible de s'imaginer combien de poussières et d'impuretés pénètrent par là; on est obligé de temps en temps d'en débarrasser le châssis inférieur. S'il n'existait pas, ces poussières viendraient voltiger dans la salle à tous moments, et, cependant, nous sommes dans un grand jardin tranquille, presque à la campagne; que serait-ce dans une grande ville?

Le chauffage se fait par un calorifère, qui, nous l'avons vu, s'allume par le vestibule. L'air qui doit être chauffé vient par une ouverture donnant sur le jardin et il pénètre dans la salle par trois bouches de chaleur. Une grille placée sur la paroi opposée près du sol appelle l'air qui est entraîné par un canal souterrain dans le foyer du calorifère. De la sorte, la chaleur se répand rapidement partout et une ventilation continuelle est assurée. Mais il est utile pour cela que toutes les ouvertures de la pièce soient fermées, sans quoi l'appel d'air se ferait par là au lieu de se faire par les bouches de chaleur. Ce calorifère peut porter promptement la température de la salle à 20 ou 25 degrés.

Distribution de l'eau.—Le tuyau qui amène l'eau de

la concession perfore le mur à une petite distance du sol, et, immédiatement après son entrée dans la salle, il est muni d'un robinet qui permet d'arrêter complètement l'arrivée de l'eau, puis il se distribue à une série d'appareils disposés contre la paroi d'entrée. Il eût été mauvais d'appliquer les tuyaux de distribution directement au mur, car cela eût rendu le lavage difficile. J'avais le choix entre deux autres moyens : noyer les tuyaux dans la maçonnerie ou les laisser visibles à l'extérieur en les maintenant à une certaine distance du mur. J'ai préféré ce dernier moyen par crainte d'infiltrations pouvant arriver en cas de ruptures.

Immédiatement après le robinet d'arrêt, il y a une première prise, fermée par un écrou ; c'est par là que l'on peut vider tout le système de tuyaux, c'est là aussi que s'adapte un gros tube de caoutchouc long de trois mètres et muni d'une lance qui sert à faire la toilette de la salle après chaque séance opératoire.

Une seconde prise située un peu plus haut est destinée au robinet à eau froide du lavabo.

Une troisième prise alimente un filtre Chamberland F à sept bougies, d'où part un tube de caoutchouc qui conduit l'eau dans un baril de verre D, d'une capacité de 50 litres. L'ouverture supérieure de ce baril est fermée avec de l'ouate qui forme un bouchon traversé par le tube de caoutchouc. A sa partie inférieure, se trouve un petit robinet. On se sert uniquement de cette eau pour laver les éponges, les instruments et les plaies.

Pendant l'hiver, et même pendant les saisons tempérées, l'eau reste parfaitement limpide et on peut se figurer qu'elle est complètement privée de germes, mais ce qui s'est passé en été m'a montré que c'était une illusion, et il me paraît difficile qu'il en soit autrement. Le filtre Chamberland peut fort bien débarrasser l'eau de ses germes, mais elle arrive dans un baril qui, vu son volume, ne peut être stérilisé. Quand bien même il pourrait l'être, il ne le resterait pas longtemps à cause du robinet d'écoulement et de la large ouverture supérieure qui ne peut pas toujours être bouchée avec rigueur. Il en est résulté que pendant les grandes chaleurs de l'été, de juillet à septembre, on n'a pu conserver d'eau un certain temps dans ce baril sans voir se développer sur ses parois une couche mince d'algues vertes. J'ai cherché tous les moyens de l'en débarrasser, je l'ai lavé avec une solution forte d'acide phénique, puis avec une solution de sublimé ; lorsque j'y remettais ensuite de l'eau filtrée, toujours le même phénomène se reproduisait. Nous en serons peut-être réduits à ne plus filtrer l'eau que la veille ou le matin de l'opération, ce qui, étant donné le débit assez considérable du filtre, serait assez pratique ; ou bien on pourrait se servir d'un petit baril d'une dizaine de litres qu'il serait plus facile de maintenir stérilisé. En ce moment je fais autre chose ; toute l'eau filtrée qui doit servir est bouillie préalablement sur un fourneau à gaz H. Il ne faudrait pas cependant exagérer les difficultés et les dangers, et il est probable que même contenant des algues, cette eau filtrée ne renferme pas d'éléments pathogènes.

Enfin une quatrième prise d'eau alimente un chauffe-bains A chauffé au gaz. Par prudence et pour éviter tout danger d'explosion ou de reflux de vapeur dans les tuyaux de la concession, l'arrivée de l'eau se fait par l'intermédiaire d'un petit réservoir C muni d'un robinet à flotteur. Cet appareil a trois usages : il fournit de l'eau chaude au lavabo, il renferme un chauffe-linge et enfin il a sur une de ses faces latérales un robinet à eau chaude R muni d'un tube de caoutchouc pour remplir le réservoir de la table d'opération dont je parlerai tout à l'heure.

Ecoulement des eaux. — Au-dessous du chauffe-bains se trouve un lavabo, muni de deux robinets, un à eau froide, un à eau chaude, et composé d'une tablette de marbre sur laquelle se trouvent de petits vases de verre renfermant le savon, les brosses, etc., d'une cuvette mobile et d'un récepteur en terre de fer qui communique avec un gros tube de plomb Z coudé en siphon allant directement traverser le mur pour se déverser dans un ruisseau extérieur.

Quant à l'écoulement de l'eau servant au lavage de la salle, ou tombant de la table d'opération, c'est là un problème qui m'a beaucoup préoccupé. Presque partout, sinon partout, l'eau sort par une petite grille disposée dans un trou du dallage, et s'en va par un canal souterrain muni d'un siphon jusque dans la rue ou dans l'égout. Je le repète, j'ai vu cette disposition dans les salles les mieux installées. Elle est cependant défectueuse. Partout où j'ai eu la curiosité d'enlever la grille, j'ai constaté qu'au-dessous le conduit renfermait des impuretés et des débris qui, placés dans un endroit difficile et même impossible à nettoyer, devaient finir par donner de l'odeur. Il y a une objection plus grave. Le siphon dont est muni le canal souterrain est considéré comme une barrière infranchissable, mais je me demande si elle n'est pas plus apparente que réelle. Le siphon peut mal fonctionner et alors la communication est directe ; mais sans parler de ce défaut auquel on peut remédier à la rigueur, ne doit-on pas considérer l'eau du siphon comme un terrain de culture pour les germes de l'égout qui peuvent ainsi infecter les conduits souterrains et par là se propager dans la salle. Cette communication ne m'a pas plu et les exemples que j'ai vus ont été loin de me faire changer d'avis. Aussi ai-je préféré, suivant le conseil du professeur Tripier, ménager sur le milieu du sol, légèrement incliné, un ruisseau à ciel ouvert qui va traverser le mur et se termine au dehors par un robinet de cuivre que l'on peut fermer pour empêcher le tirage de se faire par cette ouverture.

J'avais d'abord eu l'intention de faire à partir de ce point un conduit souterrain allant directement au puisard, avec interposition d'un siphon, mais là encore pour les motifs que je donnais tout à l'heure, j'ai craint cette continuité de tuyaux et j'ai préféré laisser couler l'eau à ciel ouvert entre le robinet de décharge et le siphon. Le petit bâtiment est entouré d'un ruisseau pavé, largement exposé à l'air et au soleil, qui reçoit les eaux des gouttières, du lavabo et de la salle, puis va se jeter, à deux mètres du mur, dans un siphon communiquant avec le puisard.

Cette disposition présente, je le sais, deux inconvénients qui ne sont certainement pas aussi graves dans les conditions où nous nous trouvons ici que dans un grand hôpital. On m'a dit qu'il était répugnant de laisser exposé aux regards du public un ruisseau où coulent souvent des liquides sanglants. Cependant son nettoyage est facile et en lui donnant une pente suffisante, jamais l'eau n'y séjournera. Le nôtre est toujours parfaitement propre. Une autre objection qui au premier abord semblerait plus juste, c'est que pendant les grands froids l'eau peut y geler. Je doute que cela soit possible, car lorsqu'elle sort de la salle, elle est en général tiède et grâce à l'inclinaison et à la brièveté du ruisseau, il me paraît difficile qu'elle gèle en chemin ; on peut d'ailleurs recouvrir le ruisseau extérieur d'une dalle de pierre ou

d'une plaque de fonte que l'on pourra aisément soulever pour le nettoyage et qui mettra suffisamment à l'abri du froid.

Gaz. — Le gaz arrive dans la salle par deux endroits, d'un côté pour le chauffage, de l'autre pour l'éclairage.

La première prise fournit du gaz aux deux rangées de becs du chauffe-bains. En outre, sur le même tuyau, se trouve un robinet qui actuellement est destiné à alimenter le fourneau H où je fais bouillir l'eau filtrée et les solutions antiseptiques. J'adapterai peut-être plus tard sur ce robinet un autoclave pour stériliser les pièces de pansement et les instruments; cet appareil est installé depuis plusieurs années dans la plupart des nouvelles salles que nous avons visitées, mais jusqu'à présent je n'ai pas trouvé en France de modèle satisfaisant. Tous ceux que j'ai vus sont construits pour des laboratoires de bactériologie et nullement pour des salles d'opérations chirurgicales; la forme cylindrique ainsi que la faible hauteur de leur réservoir ne permettent pas d'y introduire des instruments d'une grande dimension tels qu'une scie d'amputation ou un forceps.

La seconde prise de gaz alimente une lampe Cromartie qui m'a paru avoir de notables avantages sur un double bec de gaz. La lumière est plus intense et plus blanche, le foyer lumineux est sous la lampe et ne projette par conséquent aucune ombre, enfin il est complètement entouré d'un demi-globe de verre qui empêche les légers débris de la combustion de tomber sur la table. Malgré ces avantages, je crois que la lumière électrique serait préférable, si les circonstances permettaient de l'installer. J'ai constaté, dans une laparotomie pour un volvulus intestinal avec péritonite, qu'il serait impossible, ou en tout cas bien difficile de pratiquer une résection intestinale avec la lampe Cromartie. Pour les opérations ordinaires elle est excellente.

Le long des murs de la salle se trouvent un certain nombre de tablettes de glace de 11 millim. d'épaisseur pour placer les boîtes et les objets dont on a besoin. Ces tablettes de 30 ou 40 centimètres de largeur sont posées sur de petits supports de cuivre munis d'un talon qui les maintient éloignées de 3 centimètres du mur. Elles ont une longueur totale de plus de 16 mètres. En outre, çà et là, il y en a d'autres sur lesquelles sont placés les injecteurs, le gros baril de verre et le filtre Chamberland. Les deux injecteurs sont composés d'un barillet de verre de 10 litres sur lequel est adapté un tube de caoutchouc long de 3 mètres 90, qui permet d'atteindre la table d'opération en quelque point qu'elle se trouve. Ils renferment : l'un une solution phéniquée, l'autre une solution de sublimé, ils sont fermés par un bouchon d'ouate sur lequel on met un couvercle en fer blanc pour empêcher la ouate d'être mouillée dans le lavage des murs avec la lance.

Les éponges sont dans quatre bocaux portant les numéros 1, 2, 3, 4, qui sont employés l'un après l'autre suivant la méthode du professeur Socin. Quand les éponges n° 1 ont servi, on les lave et on les remet dans leur bocal. Lors de l'opération suivante, on se sert du n° 2 et ainsi de suite pour ne revenir au n° 1 que lorsque toutes auront servi. De cette sorte, il s'établit un roulement qui oblige à laisser tremper les éponges un certain temps dans la solution phéniquée avant d'en faire usage de nouveau.

Je ne fais que signaler les bouteilles bouchées à l'émeri pour les solutions de sublimé, d'acide phénique, d'acide borique, les bocaux pour les drains, l'ouate hygroscopique, les flacons pour l'iodoforme, etc., les cuvettes de verre et de porcelaine, de forme carrée ou en forme de haricot, les boîtes en fer blanc pour les pièces de pansement, les compresses, les bandes, etc. Tout cela est placé sur les tablettes de glace qui entourent la salle.

J'insisterai davantage sur les vases renfermant le catgut que je prépare moi-même suivant la méthode si simple et si pratique du professeur Socin. Les rouleaux de catgut sont introduits tels que le fabricant les envoie, et sans aucune préparation préalable, dans un flacon bouché à l'émeri, dans lequel se trouve une solution alcoolique de sublimé à 1 p. 1000. Je prends la précaution de placer au fond du bocal une épaisse couche d'ouate, comme on le fait pour le durcissement des fragments de tissus dans les laboratoires d'histologie, afin que les rouleaux de catgut, toujours placés à la partie supérieure, plongent complètement dans un alcool dépourvu d'eau. Au bout de quelques jours, ce catgut est prêt à servir et on peut le conserver indéfiniment dans ce bocal.

Mais il serait difficile de l'en retirer au moment de l'opération, et cela obligerait à le faire passer entre des doigts qu'il est préférable de supprimer. Aussi, nous avons toujours une certaine quantité de catgut dans un appareil spécial dont l'usage commence à se répandre. Le modèle que nous avons choisi est entièrement en verre. Il se compose d'une boite de 0,14 cent. de largeur sur 0,25 cent. de longueur et 0,10 de hauteur, dans laquelle se trouvent trois bobines tournant très facilement sur une baguette. On la remplit d'une solution aqueuse de sublimé à 1 p. 1000. Chaque rouleau de catgut est disposé sur les bobines, de manière que son extrémité sorte par une petite ouverture ménagée à la partie supérieure d'un des côtés de la boîte, au-dessous du couvercle. Le chirurgien peut donc prendre la longueur de fil qu'il désire, sans toucher du doigt et sans retirer du liquide antiseptique le reste du rouleau. Je crois qu'il est bon d'avoir au moins trois bobines pour mettre du catgut de différentes grosseurs et même de la soie pour les sutures.

Le crin de Florence qui nous sert aussi pour les sutures est laissé dans les petites éprouvettes dans lesquelles on l'expédie.

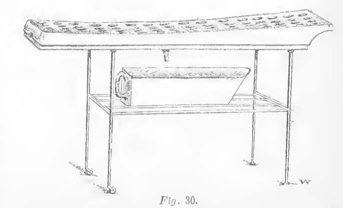


Fig. 30.

Au milieu de la salle se trouve une table d'opération (*fig.* 30). Elle devait être, comme le reste, facile à nettoyer et incapable de se laisser imprégner par les différends liquides. J'ai trouvé un modèle parfait ; c'est la table de Julliard modifiée par Socin. On sait en quoi elle consiste. Le patient est couché sur une lame de zinc assez forte, percée de larges trous destinés à laisser écouler l'eau du lavage qui, dans les lits ordinaires, inonde l'opéré de la tête aux pieds. Cette lame perforée est placée à 5 ou 6 centimètres au-dessus d'un réservoir

de même dimension, d'une contenance de 48 litres environ que l'on remplit avec de l'eau chaude. Dans le modèle primitif de Julliard, le tout est supporté par une table de bois à pieds massifs donnant une grande stabilité, Socin a remplacé le bois par du fer, et à chacun des pieds il a fait mettre une roulette. La mobilité qui en résulte m'a paru un peu trop grande, et, sur les conseils du fabricant, j'ai fait mettre des roulettes aux deux pieds de devant seulement, tandis que ceux d'arrière sont plats. En soulevant ce bout de la table, on peut donc très aisément la faire rouler, tandis que lorsqu'elle repose sur ses quatre pieds elle est très stable. Voilà donc une table remplissant toutes les conditions de l'antisepsie, pouvant être chauffée, laissant le liquide du lavage s'écouler dans un récipient situé au-dessous, parfaitement fixe au moment de l'opération et pouvant être mobilisée à volonté.

Pour la remplir d'eau chaude, on la roule avant l'opération près du lavabo, on place dans son réservoir le tube de caoutchouc R qui pend sur le côté du chauffe-bain et pendant qu'elle s'emplit on peut préparer les autres instruments. Quand elle est pleine on la remet en place à peu près avec la même facilité.

Nous avons également fait fabriquer une autre table pour placer les instruments, les éponges, le catgut, toutes choses que le chirurgien doit avoir près de lui pendant l'opération et qu'il ne doit laisser toucher à personne ; elle se compose de deux cadres de fer superposés, supportant deux épaisses tablettes de glaces, et reposant sur quatre pieds à roulette.

Je termine en décrivant un appareil très simple et très ingénieux que nous avons trouvé à Genève dans la clinique des Reverdin, et qui, s'il n'a pas un rapport direct avec la méthode antiseptique, n'en est pas moins fort commode et rend de grands services dans les opérations portant sur les organes génitaux de la femme et sur l'anus, ainsi que dans les examens au spéculum. Il a été imaginé par M. A. Reverdin. Il se compose de deux parties : un escabeau et une lame de caoutchouc disposée d'une manière spéciale.

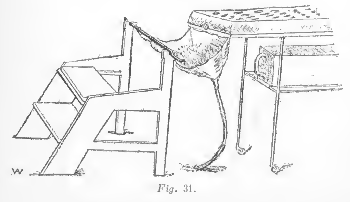


Fig. 31.

L'escabeau Reverdin (fig. 31) est une sorte de petit escalier à deux marches dont la plus élevée est divisée en deux suivant sa longueur, de manière qu'une des moitiés puisse se rabattre sur l'autre et présente, une fois retournée, un siège pour le chirurgien. Les deux pieds antérieurs de cet escabeau sont élevés presque jusqu'à la hauteur de la table d'opération et supportent une forte barre de fer transversale dont les extrémités un peu relevées et coudées sont destinées à soutenir les pieds de la patiente, tandis que la partie centrale permet au chirurgien d'y placer ses avant-bras, ce qui donne une grande précision aux mouvements de la main. Je sais, par expérience, de quel secours est cet appui, car ayant eu récemment à faire une opération de fistule vésico-vaginale qui dura plus d'une heure, je n'éprouvai pas la moindre fatigue.

M. Reverdin a ajouté à cet appareil une lame carrée de toile imperméable formant une sorte d'entonnoir terminé par un tube de caoutchouc qui tombe jusqu'à terre. Un des bords de cette lame s'accroche par des agrafes sur la barre de fer de l'escabeau, tandis que le bord opposé est garni d'anneaux que l'on peut fixer dans de petits crochets qui existent à cet effet sous le bord de la table d'opération. Cette lame de caoutchouc permet de faire d'abondants lavages sur la région à opérer sans que le chirurgien soit mouillé ; elle forme, en outre, une sorte de table où l'on peut mettre, pendant l'opération, le spéculum ou les instruments que l'on désire avoir toujours sous la main.

Pour être complet, je dirai en dernier lieu que je me sers, pour les laparotomies, d'un tablier de caoutchouc employé en Allemagne, tablier qui recouvre le chirurgien de la tête aux pieds, entoure exactement le cou, les avant-bras, bref, ne laisse paraître aucun point des habits. C'est à coup sûr un vêtement conforme aux règles de l'antisepsie, mais après expérience faite, je dois dire qu'il est pénible à supporter pendant une longue opération à cause de la chaleur et d'un malaise qu'on finit par éprouver quand on en est revêtu depuis un certain temps.

Telle est la salle que j'ai fait construire et qui nous sert depuis le commencement de juin. Ainsi que je l'ai dit en commençant, elle est destinée à un petit hôpital, sans élèves, mais rien ne serait plus facile que d'adapter la même disposition à un hôpital d'enseignement. La salle d'opération serait comme ici largement éclairée par les deux fenêtres latérales et par celle du plafond. Le fond de la salle au lieu d'être fermé par une quatrième paroi s'élargirait en amphithéâtre autour duquel seraient disposés les bancs des élèves. En arrière et au-dessus de ces bancs, on pourrait facilement ménager deux ou trois fenêtres. Cet amphithéâtre serait aussi éclairé par en haut, il aurait un dallage en portland, qui continuerait celui de la salle d'opération proprement dite. Le tout formerait une sorte de théâtre où l'espace réservé à l'opérateur représenterait la scène s'avançant en hémicycle sur le milieu de l'orchestre. Cet hémicycle serait rigoureusement interdit au public et séparé des bancs par une grille de fer. L'entrée des élèves se ferait uniquement par une porte située derrière les bancs, le chirurgien et ses aides seuls entreraient par la porte de la salle d'opération. Quant aux gradins, je pense que le mieux serait aussi de les faire en portland avec angles arrondis ; chaque gradin serait muni d'un banc et d'une table composés tous deux d'une planche de chêne posée sur des pieds de fer. On pourrait, avec la lance, laver tous ces gradins, enlever toutes les poussières, et en ayant soin d'incliner tous les degrés de manière que l'eau puisse s'écouler facilement dans le ruisseau central, nous aurions ainsi une salle aussi facile à tenir propre que la nôtre.

Les bancs et les tables pourraient être à la rigueur en fer, peut-être même en verre ; les essais qui ont été faits à ce sujet n'ont pas donné jusqu'à présent de très bons résultats. En ayant soin, d'ailleurs, de placer les planches sur des pieds de fer, l'inconvénient du bois disparait. Ce qu'il faut avant tout éviter, ce sont ces stalles fermées, d'aspect très décoratif, mais difficiles à nettoyer, que les architectes s'acharnent à mettre partout.

Il est superflu de dire que toutes les précautions prises dans l'aménagement d'une salle d'opération ne serviraient à rien si le nettoyage des mains et des instruments n'était pas fait d'une manière convenable, si, en un mot, on n'apportait pas la plus grande rigueur dans l'antisepsie que l'on peut appeler personnelle. Une bonne installation facilite la besogne, mais voilà tout; un chirurgien négligent, et surtout n'ayant pas une inébranlable foi dans la valeur de la méthode antiseptique, n'aura pas dans une salle bien installée de meilleurs résultats qu'autrefois. J'ajouterai également que pour entretenir une pareille salle, il faut une personne intelligente et dévouée qui comprenne l'importance des règles de la méthode pour n'en transgresser aucune. Ce sont là des vérités banales sur lesquelles il est inutile d'insister.

Je terminerai par une dernière réflexion. Lorsqu'un chirurgien voulant faire construire une salle d'opération aura définitivement arrêté son plan, je crois qu'il devra en surveiller lui-même l'exécution à chaque instant, s'il ne veut pas se préparer de nombreuses déceptions. Il va sans dire qu'il ne peut diriger lui-même les travaux. L'architecte a des problèmes spéciaux à résoudre comme nous avons les nôtres, et si nous lui refusons toute autorité pour apprécier l'importance des dispositions que nous réclamons, nous n'avons, de nôtre côté, aucune compétence pour juger de la valeur des matériaux, pour établir un devis ou pour donner des ordres aux ouvriers. Ce qu'il faut, c'est une collaboration étroite du chirurgien et de l'architecte, tout en mettant au premier rang le but à atteindre et en reléguant au second les moyens de l'atteindre. C'est dire que le chirurgien, qui seul connaît bien ce but, qui seul est à même de juger si telle disposition lui sera utile ou nuisible, devra suivre pas à pas l'architecte et bien veiller à ce que rien ne vienne compromettre le résultat cherché. Tel détail, qui pour nous est de la plus haute importance, peut être regardé par l'architecte comme négligeable, et si nous ne sommes pas là pour donner notre avis au moment voulu, il peut en résulter une faute irréparable qu'il eût été, avec un peu de surveillance, très facile d'éviter. C'est dire que si des salles analogues doivent être construites dans nos grands hôpitaux, il faudra, si l'on ne veut pas faire une œuvre stérile, éviter à tout prix d'en soumettre les projets à ces toute-puissantes commissions qui sont en train de nous ruiner et de nous rendre ridicules en couvrant Paris de monuments dont les façades coûtent des millions, mais dont l'intérieur est disposé sans la moindre intelligence des besoins à satisfaire.

La commission des hospices de Chartres a peut-être là encore trouvé la manière pratique de résoudre la difficulté en donnant la haute main, et par conséquent la responsabilité, à celui qui devait se servir de la salle, et non à celui qui devait la construire. Après établissement d'un devis primitif, elle a voté la somme jugée nécessaire et m'a laissé construire la salle à mes risques et périls. Grâce à la liberté qui m'était laissée, grâce aussi à la collaboration dévouée de l'architecte, les questions nombreuses qui se sont posées pendant le cours des travaux, ont pu être résolues d'une manière satisfaisante.

Les dépenses ont été très modérées, ainsi que le montrera le devis que je résume ici. Je ferai observer qu'il comprend non seulement les frais de construction de la salle et du puisard, mais encore ceux du mobilier, jusque dans ses moindres détails.

I. — *Travaux de construction.*

1° Maçonnerie : Fondations. Murs de la salle. Dallage et revêtement des murs en portland. Pavage et ruisseaux extérieurs à la salle. Siphon extérieur et caniveau allant au puisard. Puisard maçonné et voûté de 10 mètres de profondeur	3.248 fr.	96
2° Charpente du toit	239	24
3° Couverture : toit en ardoises, gouttières, tuyaux.	494	93
4° Menuiserie : Porte du vestibule. Porte du grenier.	104	46
5° Serrurerie : Fenêtres et châssis. Solives du plafond. Porte. Consoles. Appuis des tablettes.	1.709	06
6° Peinture et vitrerie : Verres doubles pour les fenêtres. Verres striés pour les châssis du toit. Tablettes de glace de 11 millim. pour l'intérieur de la salle. Peinture au minium de toute la serrurerie. Peinture de l'intérieur . . .	1.188	06
7° Fumisterie : Calorifère pour le chauffage de la salle	583	60
8° Plomberie : Prise d'eau à la concession. Tuyaux et installation des appareils de l'intérieur . . .	286	» »
9° Gaz : Installation d'une lampe Cromatie et divers appareils de chauffage	212	82
10° Stores pour les trois fenêtres.	60	» »
11° Honoraires de l'architecte	396	90
Total des travaux de construction.	8.524 fr.	06

II. — *Mobilier.*

1° Un lavabo sur consoles. Cuvette de 0,37, receveur en faïence. Robinets à eau froide et à eau chaude	250 fr.	» »
2° Un chauffage au gaz en cuivre. Modèle spécial avec chauffe-linge.	350	» »
3° Fourneau portatif à gaz.	18	» »
4° Verrerie : Barils de verre, dont un de 50 litres. Cuvettes en verre et en porcelaine. Flacons et bocaux pour éponges, drains, etc.	135	30
5° Filtre Chamberland à 7 bougies	77	30
6° Tubes de caoutchouc.	38	25
7° Canules	2	50
8° Table d'opération du Dr Julliard avec réservoir à eau chaude ; bâti en fer avec deux roulettes et matelas divisé	243	» »
9° Table bâti en fer avec deux tablettes de glace pour les instruments	67	» «
10° Escabeau spécial avec traverse pour les pieds.	25	» »
11° Boîtes en fer blanc pour les différents objets de pansement	39	05
12° Boîtes à trois bobines de verre pour catgut . .	40	» «
13° Tablier de caoutchouc	20	» »
14° Alèze de caoutchouc avec tuyau d'écoulement.	12	» »
Port des différents objets.	57	55
Total du mobilier	1.375 fr.	15

Récapitulation :

Travaux de construction	8.524 fr.	06
Mobilier.	1.375	15
Total général	9.899 fr.	21

MAUNOURY.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi, 13 février 1888, à quatre heures, au Palais de Justice, salle des Référés. *Ordre du jour :* 1° Lecture du procès-verbal de la séance du 9 janvier 1888 ; — 2° Election de 4 membres titulaires présentés par la Commission dans l'ordre suivant : MM. Gilles de la Tourette, Valude, Constant, avocat, Moreau (de Tours), Valon, Floquet, Bogelot, avocat. — 3° Election de cinq membres correspondants présentés par la Commission : MM. Lécuyer, Cour d'Amiens ; Hurpy, Cour de Rouen ; Régis, Cour de Bordeaux ; Fusier, avocat, Cour de Chambéry ; Lacour, pharmacien, Oran. — 4° M. le Dr Laugier : Observation d'une rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement ; Poursuites contre le médecin accoucheur ; Rapport médico-légal ; Non lieu. — 5° M. le Dr Christian : Communication d'un travail de M. le Dr Mabille, vols multiples avec amnésie chez une hystérique héréditaire. — 5° Communications diverses.

Projet de loi concernant l'administration de la santé publique (*fin*) (1).

Après avoir rendu justice au travail de M. Chamberland et de la Commission parlementaire qui a préparé le projet de loi relatif à l'organisation de l'administration sanitaire ; après avoir signalé quelques desiderata et après avoir fait de légères critiques de détail, nous voulons, dans ce dernier article, indiquer quelques amendements importants qu'il nous paraîtrait bon d'étudier dès à présent.

Les membres de la Commission, et MM. Siegfried et Chamberland en particulier, nous sauront gré, cela est certain, de leur indiquer dès aujourd'hui les points faibles où leur projet peut être vigoureusement attaqué.

Les critiques seront nombreuses; le sujet est nouveau pour les Chambres et le public français; çà sera une raison pour que chacun se figure l'avoir étudié : les ignorants en parleront abondamment ; les railleurs y exerceront leur verve.

On ne manquera pas de dire —, et déjà même cela a été dit,— que le projet se borne à instituer des fonctionnaires et qu'il est muet sur l'organisation des services de la vaccination qui devrait être obligatoire. On dira aussi qu'il ne parle pas de la règlementation de la prostitution. On y signalera d'autres lacunes encore ; cependant on s'étonnera de voir juger au pied levé, dans un article incident, la grosse question du secret professionnel.

Ces critiques ne sauraient nous toucher. Il est évident, et nous l'avons dit déjà, que la loi dont il s'agit devra être complétée par d'autres lois qui formeront dans leur ensemble une sorte de code sanitaire. Mais il convient d'abord de créer un organisme qui sera chargé d'appliquer ces lois au fur et à mesure qu'elles seront promulguées ; on sait par expérience que la première loi sur le travail des enfants n'avait donné aucun résultat sérieux, tant qu'on avait laissé aux mains de commissions locales la surveillance des fabriques et ateliers ; il a fallu que la loi du 19 mai 1874 organisât un service d'inspection pour que cette loi fut appliquée.

La loi Roussel ne fonctionne sérieusement que là où le service d'inspection est bien fait. Et il est très clair que les conseils d'hygiène, même réorganisés, même rétribués par des jetons de présence, ne pourront jamais remplacer des inspecteurs. Vouloir établir des *fonctions* sans *organes* est d'une physiologie tout à fait fantaisiste.

Ces inspecteurs doivent être à la fois des agents d'exécution des décisions prises par les préfets après avis des conseils d'hygiène, et, pour les cas urgents, ils doivent être en état d'agir sans attendre ces avis, sauf à en référer à qui de droit. A ces conditions seulement, on fera de bonne besogne.

Mais nous reparlerons tout à l'heure de ces inspecteurs ; disons d'abord quelques mots du laboratoire que le projet veut instituer auprès du Conseil national d'Hygiène et du ministère compétent. On verra aisément comment cet ordre s'impose à notre discussion.

La création de ce laboratoire est une idée qui, nous l'avons dit, mérite d'être louée sans réserve. Il y a là une lacune que sentent tous les hygiénistes et qu'il faut combler. Mais quand le service sera organisé, quand les affaires deviendront nombreuses, — chaque jour plus nombreuses, — ce laboratoire pourra-t-il suffire à sa tâche ? Ne conviendrait-il pas qu'il fut aidé par des *laboratoires régionaux* ? Ne trouverait-on pas dans chaque Faculté de médecine et au besoin dans quelques écoles secondaires, la possibilité d'installer des laboratoires qui ne seraient pas seulement des sources de renseignements et de contrôle, mais des lieux d'étude, de préparation pour les élèves qui voudraient plus tard entrer dans la carrière de l'inspectorat ou qui seraient appelés un jour à faire partie des conseils d'hygiène?

(1) Voir les nos 3, 4 et 5, 1888.

Tous les arrondissements, tous les départements même ne sont pas en situation de créer de tels laboratoires. Les questions pécuniaires sont ici doublées de questions de compétence.

On aurait ainsi des régions, avec un inspecteur régional ou divisionnaire. Et comme il existe des inspecteurs pour le travail des enfants dans l'industrie ; — et comme il est aisé de décider que ces inspecteurs seront pris exclusivement parmi les ingénieurs, tandis qu'on peut décider que les inspecteurs créés par la loi projetée seront des médecins, on aurait ainsi, dans chaque région ou dans chaque division, un inspecteur divisionnaire médecin, un inspecteur divisionnaire ingénieur.

Ce serait là un échelon de plus pour ceux qui entreraient dans la carrière administrative, et ce n'est pas une considération qu'il faille négliger.

On pourrait, moyennant cela, avoir dans chaque département un inspecteur et un sous-inspecteur, dont l'un serait médecin et l'autre ingénieur, sans qu'il survienne de conflit grâce à l'intervention et à l'autorité de l'inspecteur divisionnaire.

D'ailleurs, il n'en résulterait pas une augmentation de dépense ; le nombre des inspecteurs de 1re et de 2e classe pourrait être diminué, et, d'autre part, on pourrait diminuer le nombre des inspecteurs et sous-inspecteurs des enfants assistés et des enfants du premier âge dont une partie du travail gagnerait à être fait dans les bureaux des préfectures, sous la direction du chef de division chargé de la médecine publique.

Chaque région aurait ainsi son laboratoire, ses inspecteurs divisionnaires, ses inspecteurs et sous-inspecteurs départementaux. — Les Facultés de médecine deviendraient toutes ainsi des centres d'études pour les questions d'hygiène et il y aurait entre elles une émulation constante et très féconde.

Cela ne veut pas dire qu'il faudrait supprimer le Conseil national d'Hygiène et son laboratoire. Il va sans dire qu'à côté des questions purement régionales, il resterait à étudier assez de questions d'intéret national pour que le grand conseil ne chômât pas.

C'est surtout en ce sens que nous voudrions voir amender le projet de loi actuellement soumis au Parlement. C'est cette centralisation autour de chacun des foyers d'instruction médicale de notre pays que nous voudrions qui fut prévue et inscrite dans la loi. Dr Henri Napias.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 *janvier* 1888.— Présidence de M. Janssen.

M. Pasteur présente à l'Académie le premier volume des Annales de l'Institut Pasteur dirigées par M. Duclaux, et il signale en particulier un mémoire de MM. Roux et Chamberland, intitulé « *Immunité contre la septicémie conférée par des substances solubles.* » Ces auteurs démontrent que la vie du vibrion septique développe des produits chimiques solubles qui agissent peu à peu sur lui comme ferait un antiseptique. Introduits en quantité suffisante dans le corps des cobayes, ces produits confèrent à ces derniers l'immunité pour la maladie mortelle que provoque ce vibrion. La preuve est faite, dès lors que l'immunité contre une maladie si grave et si rapidement

mortelle peut être obtenue par l'injection de substances chimiques dosables et que ces substances résultent elles-mêmes de la vie des microbes pathogènes.

M. E. C. Morin étudie les *produits azotés qu'on rencontre dans les liquides ayant subi la fermentation alcoolique.*

M. R. Wurtz a pu déterminer la *toxicité de cette base azotée* décrite par M. Morin. La dose nécessaire pour amener la mort chez le lapin est d'environ 1 gramme par kil. d'animal.

M. V. Galtier signale la *persistance de la virulence rabique dans les cadavres enfouis.* Le bulbe d'un chien mort de rage depuis dix-sept jours et resté enfoui pendant quinze jours a conservé toute sa virulence : son inoculation a fait naître la rage en douze jours et tué un chien le quinzième jour après la trépanation. Le virus rabique conserve donc son activité dans les cadavres enfouis : l'exhumation et l'inoculation du bulbe peuvent donc, après coup, donner des renseignements sur la nature de la maladie.

M. Maximovitch a étudié *les propriétés antiseptiques du naphtol-alpha* dans le laboratoire de M. Bouchard. Il a analysé son action sur quatorze microbes différents. A la dose de 0,10 pour 1000, cette substance empêche complètement le développement des microbes de la morve, de la mammite des brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microcoque de la pneumonie, de deux staphylococcus de la suppuration, du microbe du clou de Biskra, des bacilles de la fièvre typhoïde et de la diphtérie des pigeons. L'urine agitée avec ce naphtol ne fermente pas. Le naphtol-alpha est moins toxique et plus antiseptique que le naphtol-bêta étudié par M. Bouchard.

M. R. Moniez envoie une note sur le *Tænia nana, parasite de l'homme, et sur son cysticerque supposé (Cysticercus tenebrionis.)* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 4 février 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Redard fait une communication sur les greffes animales adis étudiées par Czerny (de Vienne), Coze (de Strasbourg), Follet, Houzé (de l'Aulnoit). Elles avaient été presque généralement abandonnées dans la pratique chirurgicale, mais aujourd'hui une réaction semble se faire en leur faveur, et Petersen, Baratoux, Dubousquet-Laborderie ont fait voir la possibilité de combler des pertes de substance considérables par des transplantations de peau de grenouille. Assaky, Fargin, Monod, Peyrot ont obtenu des résultats heureux de greffes de tendons sur des animaux d'espèces différentes. M. Renard vient d'obtenir de beaux résultats de greffes, pratiquées avec de la peau de poulet, et croit utile de signaler ces résultats qui intéressent à la fois la physiologie et la chirurgie à la Société de Biologie. Dans ses recherches, il n'a trouvé aucune observation de greffe de peau d'oiseau sur une plaie humaine, dans le but de hâter la cicatrisation et la réparation. Wiesmann a transplanté deux fois de la peau de pigeon à pigeon avec succès ; trois fois de la peau de poulet à poulet, avec deux adhérences et un insuccès. Diffenbach dit avoir pratiqué, avec de bons résultats, un très grand nombre de greffes chez les oiseaux. G. Martin rapporte dans sa thèse des résultats heureux d'expériences de transplantation de peau de canard et de pigeon sur des animaux de même espèce. Dans des cas de plaies étendues, M. Redard a obtenu une régénération rapide, grâce à des greffes avec de la peau de poulet. « Nous insistons surtout sur un cas de brûlure profonde de presque tout le cuir chevelu et datant de huit mois chez un jeune enfant de 2 ans. Aucune réparation ne s'était faite pendant cette période ; la suppuration très abondante affaiblissait le sujet et menaçait sa vie. Les greffes avec la peau de grenouille ne donnant pas de résultats rapides, nous fîmes des greffes avec de la peau de poulet, et, en *deux mois*, nous obtînmes une régénération de la peau de 7 centimètres (dans le sens antéro-postérieur) du crâne, sur 8 centimètres (dans le sens transversal). Dans d'autres observations, nous avons obtenu de semblables résultats. Nous pensons donc que les greffes avec des peaux d'oiseaux, et particulièrement des peaux de poulet, sont à recommander. La peau de poulet est souple, fine, vasculaire, elle s'étale bien sur les surfaces, elle adhère, *sans se résorber*, donnant des ilots épidermiques importants qui, en se développant et s'étendant, forment des tissus nouveaux, souples et différents des tissus ordinaires de cicatrice. Nous étudierons dans un prochain travail les modifications histologiques des peaux d'oiseaux greffées, recherchant la théorie des phénomènes de réparation observés, les auteurs n'ayant donné jusqu'à ce jour que des renseignements incomplets sur ce sujet important. Le manuel opératoire que nous avons employé dans nos greffes est très simple. La peau doit être prise sous l'aile de jeunes poulets ; elle ne doit pas être privée de tissu cellulaire et ne doit pas contenir de graisse. Les lambeaux transparents doivent avoir de 1/2 à 1 centimètre. Les sutures sont inutiles, la peau adhérant très facilement et ne se déplaçant pas. La plaie doit être aseptique et le pansement fait avec une rigueur extrême. La gaze iodoformée, avec une couche de ouate légèrement compressive, nous paraît surtout convenir pour le maintien des greffes. »

M. Lemoine (de Lille) a étudié les *contractures chez les épileptiques* survenant consécutivement aux accès. Elles sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose et peuvent être réparties en deux catégories :

1° *Contractures permanentes.* Les membres sont, soit dans l'extension, soit dans la demi-flexion assez fortement pour opposer une résistance presque invincible aux mouvements qu'on veut leur faire exécuter. Elles s'observent immédiatement après la période convulsive sans que l'accès ait présenté des particularités pouvant les faire prévoir. Elles sont plus fréquentes et plus prononcées aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs; rarement généralisées, elles se montrent d'habitude dans les membres d'un seul côté, bien que pendant l'accès les convulsions aient paru aussi violentes d'un côté que de l'autre. Elles durent de quelques minutes à quelques jours.

2° Les contractures *spasmodiques* se rapprochent du type décrit par Brissaud sous le nom de contracture latente. Les mouvements volontaires sont libres, mais si l'on saisit un des membres il se contracture aussitôt dans la position où on l'a surpris. Si l'on exerce un effort suffisant pour vaincre la contracture, celle-ci cède peu à peu et le membre est le siège d'une série de spasmes ou de secousses rhythmées. Presque toujours cette contracture ne se rencontre que d'un côté et au bras; on ne la voit guère qu'après les accès graves susceptibles parfois d'entraîner la mort. L'auteur n'a trouvé aucune lésion nerveuse ou méningée susceptible d'expliquer ces contractures.

MM. Hénocque et Baudouin complètent une précédente communication établissant que toutes les complications de la fièvre typhoïde amènent une diminution très marquée de l'oxyhémoglobine et de son activité de réduction.

MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont institué une série d'expériences desquelles il résulte que l'action du poison pulmonaire ressemble beaucoup à celle de certaines ptomaïnes.

M. Beaunis étudie le nystagmus qui se produit à la suite de certaines expériences sur l'encéphale. Il peut être direct ou réflexe. Le nystagmus direct ou unilatéral se montre à la suite d'excitations du côté du cerveau opposé à l'œil oscillant. Il se produit tout spécialement à la suite de l'excitation des tubercules quadrijumeaux. Il s'accompagne assez fréquemment de mouvements oscillatoires isochrones de la paupière supérieure et de mouvements oscillatoires de la tête. Il présente toutes les formes habituellement observées en clinique.

Le nystagmus réflexe est bilatéral et symétrique et prête aux mêmes considérations que la forme précédente.

M. Galippe lit une note déposée sur le bureau de la Société le 27 mars 1886 de laquelle il résulte que le chlorure de méthyle liquide en solution ou non dans l'éther est un excellent anesthésique local. Il s'en est servi avec grand succès dans plusieurs petites opérations et particulièrement pour l'avulsion des dents. On fait alors usage d'un petit bourdonnet d'ouate imbibé du liquide et appliqué *loco dolenti.*

M. Magitot pense que ce procédé doit difficilement réussir dans les cas de périostite alvéolo-dentaire étendue ; de plus l'action du médicament peut déterminer des lésions de voisinage, de la pulpite en particulier.

M. Hénocque a employé, en 1864, avec M. Frédet, un procédé d'anesthésie qui ne mérite pas l'oubli où il est tombé. En pulvérisant de l'éther autour du trou auditif et

agissant ainsi sur l'expansion faciale du trijumeau on produit une anesthésie suffisante pour extirper les dents sans douleurs. Ce procédé est d'une application très facile et n'expose à aucuns dangers.

MM. Arthaud et Bute déposent une note sur la *glycosurie expérimentale à la suite des lésions du nerf vague.*

Elections. — M. Brissaud est élu membre titulaire.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 février 1888. — Présidence de M. Hérard.

Élection de deux membres correspondants nationaux. (1re Division). *Première élection.* Votants : 73, Majorité : 37. M, Pitres (de Bordeaux), est élu par 44 voix, contre M. Wannebroucq (de Lille) 16; M. Leloir (de Lille) 10; M. Mordret (du Mans), 3. *Deuxième élection.* Votants : 76. Majorité : 39. M. Wannebroucq est élu par 43 voix, contre M. Lenoir, 30; M. Lépine (de Lyon), 2; bulletin blanc, 1,

M. G. Pouchet lit une note intitulée : *Etude sur les combinaisons des phénols monoatomiques avec le mercure et le calomel, et sur leur emploi en thérapeutique.* Ces composés peuvent être employés en injections intra-musculaires, ou à titre d'antiseptiques intestinaux : ils peuvent être injectés à des animaux, à doses massives, sans qu'il en résulte d'accidents d'intoxication. Le phényl-chlorure mercurique et le naphty-chlorure mercurique étant un peu solubles dans l'éther, cette solution peut être employée avantageusement pour le traitement antiseptique des abcès froids par injections interstitielles.

M. Labbé, à l'occasion de la récente communication de M. Verneuil, sur le *traitement de l'anthrax*, fait observer que tous les anthrax ne se ressemblent pas et qu'il en existe un certain nombre où le traitement opératoire est parfaitement indiqué. C'est ainsi que M. Labbé repousse l'emploi des pulvérisations phéniquées dans les anthrax ligneux.

M. Verneuil prie ses collègues de ne critiquer son procédé qu'après l'avoir pratiqué.

Prophylaxie de la Syphilis.

M. le Président met aux voix les articles, 1, 2, et 3, qui sont adoptés sans discussion. (Voir *Progrès médical*, no 5, p. 94).

M. le Président donne lecture de l'article IV, qui est ainsi conçu : « L'académie déclare que, au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un délit qui doit être réprimé légalement. Elle réclame donc une loi définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit. »

M. Legouest propose de remplacer : « L'Académie déclare... » par ces mots : « L'Académie estime... ».

M. Fournier, au nom de la Commission, accepte cette substitution de mots.

M. Lagneau pense qu'il est difficile d'assimuler la provocation à un délit. Aucun texte de loi ne protège l'homme contre la contagion par son semblable; aussi, tout en partageant les idées de la Commission, M. Lagneau regrette-t-il que l'Académie ne possède pas, parmi ses membres, des jurisconsultes susceptibles de fournir des renseignements précis sur l'application de l'article IV.

M. Dujardin-Beaumetz remarque que certaines propositions de la Commission peuvent être appliquées immédiatement, alors que certaines autres ne peuvent être réalisées que dans un avenir plus éloigné.

M. Brouardel craint qu'on n'aborde, sans profit, les mesures d'ordre judiciaire. Tout d'abord, il importerait de définir le délit de la provocation; il faudrait ensuite l'intervention législative. Alors même que le tribunal admettrait la provocation, il ne voudrait certainement pas condamner pour cela une fille à se prostituer et à se faire inscrire.

M. Le Fort, partisan de l'article IV, a voulu substituer, au système arbitraire, les débats contradictoires devant un tribunal, ainsi que cela se pratique en Angleterre. Ce système certes n'est pas parfait, mais il est préférable à celui qui se pratique aujourd'hui.

M. Lagneau, pense que certaines mesures seraient plus aisément pratiquables, notamment celles qui viseraient le raccrochage aux portes des lycées. Dans l'espèce il s'agit de la débauche des mineurs, fait qui tombe sous l'application de l'article 334.

M. Fournier fait observer à M. Brouardel que le tribunal ne condamnerait pas une fille à la prostitution, mais la condamnerait parce qu'elle serait prostituée et qu'elle aurait fait de la provocation sur la voie publique, ce qui n'est autre qu'un délit. L'opinion publique proteste contre le pouvoir actuel, lequel est abusif, excessif, et demande que la prostitution relève du droit commun.

M. Hardy demande que l'article IV soit renvoyé à la Commission et qu'elle s'adjoigne des gens compétents. La provocation est non un délit, mais une contravention; celle-ci relève de l'Administration tandis que le délit est passible du tribunal.

M. Ernest Besnier, en présence des objections multiples qui se produisent, se demande si ce que propose la Commission, est ou non exécutable. Aussi, est-il d'avis de renvoyer le projet à la Commission, afin qu'elle puisse interroger les hommes compétents sur les points qui divisent l'Académie.

La proposition de M. E. Besnier est acceptée.

Albert Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 février 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Monod dépose sur le bureau l'observation de la malade dont il a parlé dans la dernière séance à propos des rapports du traumatisme et de la grossesse.

M. Reclus, à propos du procès-verbal, cite trois cas de *kystes hydatiques des muscles* qui lui permettent d'affirmer que ces kystes peuvent présenter de la fluctuation et une crépitation amidonnée spéciale, confondue à tort par Gosselin avec le frémissement hydatique. Ces kystes, bien contenus dans l'épaisseur des muscles, constituaient une tumeur franchement fluctuante et non dure comme le soutient M. Lannelongue. Il a observé ces kystes dans les muscles du triangle de Scarpa et le triceps brachial. Gosselin d'ailleurs a signalé la fluctuation dans les tumeurs de ce genre.

M. Desprès a noté la fluctuation pour ces kystes intra-musculaires; il renvoie à sa thèse sur les tumeurs des muscles.

M. Lannelongue.—Le kyste se trouvant en plein muscle lui a toujours semblé de consistance très solide ; il est évident qu'on peut constater dans certains cas la fluctuation, puisque ce sont des tumeurs à contenu liquide, qui ne deviennent dures que si elles sont très distendues.

M. Le Dentu a vu un kyste hydatique des muscles du dos qui était très nettement fluctuant.

M. Reclus analyse un mémoire de M. Grimaux *sur l'action des eaux de Barèges dans la tuberculose osseuse.* Six tuberculeux, de 13 à 21 ans, au bout de deux saisons à Barèges, ont obtenu une guérison véritable sans intervention chirurgicale et non une simple pause dans l'affection. M. Grimaux regrette de voir qu'on ne parle jamais de l'influence des eaux de Barèges sur la tuberculose.

M. Lannelongue croit qu'il faut être très prudent à l'égard des travaux de ce genre.

M. Reclus a accepté d'être le rapporteur du fort consciencieux mémoire de M. Grimaux, parce qu'il connaît un cas analogue à ceux relatés par cet auteur. Un de ses malades, après avoir été à Berok, à Salies de Béarn, a guéri après une saison à Barèges.

M. Desprès. — Il n'est pas dit que ce soit son séjour à Barèges qui l'ait guéri; on sait que des tuberculeux peuvent guérir sans le secours de l'art.

M. Quénu fait une communication sur les *varices des veines des nerfs* chez les gens atteints de varices des membres. Chez tous les variqueux, même chez ceux qui n'ont que des varices

profondes, il a trouvé des veines variqueuses dans les nerfs; il croit pouvoir expliquer par cette lésion les douleurs sciatiques des malades porteurs de varices au membre inférieur. Sur 67 malades, il en a vu 11 atteints de sciatique nette avec douleur diminuant la nuit et par le repos. Ces sujets présentaient les points douloureux de Valleix. On pourrait dire qu'il y avait coïncidence des varices et de la sciatique, puisque les malades étaient des arthritiques; il n'y croit pas cependant. D'autre part, sur les 56 autres variqueux, il a noté dans 20 cas des douleurs dans la jambe, dans 8 des douleurs de cuisse, dans 5 des douleurs à la fesse. Il est facile de voir qu'il s'agit de phénomènes douloureux ascendants. Bien des médecins ont dit que la sciatique pouvait être due à des varices; mais, sauf Gendrin (leçons non publiées), tous n'ont admis comme cause que la compression des nerfs par les veines dilatées. En outre de la sciatique, on a noté aussi une certaine faiblesse dans la jambe variqueuse. M. Quenu dit que les douleurs de la variété de sciatique sur laquelle il insiste ne sont pas analogues à celle de la vraie sciatique; ici pas d'accès névralgiques, c'est plutôt une douleur gravative, continue. La sciatique des variqueux, de même que les douleurs de la jambe, de la cuisse, du mollet, de la fesse, seraient dues pour M. Quenu à la dilatation variqueuse des veines des nerfs, amenant une névrite interstitielle. Il n'admet la compression directe du nerf par les varices des troncs veineux que dans des cas très restreints; d'ailleurs dans certains endroits, à la fesse, cette compression n'est pas admissible, puisqu'il n'y a pas de veines à côté des nerfs. De ces faits découlent des conséquences thérapeutiques intéressantes. Il y a des malades qui ne se plaignent que de douleurs dans le membre inférieur et non pas de varices. On croit d'abord à une névralgie ordinaire. Mais si ces malades portent de grands bas à varices on est étonné de voir qu'ils souffrent moins. Il faudra donc désormais prévenir l'éclosion de ces douleurs chez les variqueux en recommandant l'usage d'un bas élastique remontant très haut, jusqu'au pli de l'aine.

M. Berger admet les faits cités par M. Quenu, mais discute l'interprétation qu'il en donne. Pour lui, la sensibilité des membres inférieurs des variqueux est plutôt de nature musculaire. Il se demande si les douleurs ne sont pas dues à un état congestif des muscles, puisqu'elles disparaissent au repos. Il croit qu'il en est de même pour l'impotence du membre atteint; cette dernière ne peut-elle pas être le résultat d'une mauvaise nutrition des muscles qui dès lors ne peut développer une notable quantité de force?

Les grands bas à varices remontant jusqu'à l'aine lui paraissent peu recommandables. Leur extrémité supérieure chez les gens peu soigneux s'enroule autour de la cuisse, forme une corde qui bride circulairement le membre et exagère les lésions au lieu de les atténuer.

M. Le Dentu a cherché longtemps les varices des veines des nerfs, et il n'en a pas rencontré; il en conclut que les faits signalés par M. Quenu ne sont pas la règle. Il cite un cas de varices précoces des deux membres inférieurs, précédés de douleurs simulant une double sciatique. Comment expliquer cette sciatique? Par une action réflexe sur la partie inférieure de la moelle? Ou bien par une névrite sciatique primitive? M. Le Dentu croit que la théorie émise par M. Quenu pour expliquer les douleurs chez les variqueux est très discutable.

M. Terrier a vu souvent chez des variqueux des varices dans les veines des nerfs. Il a dit, il y a longtemps, que les lésions des nerfs dans les varices étaient la cause des troubles trophiques survenant chez des variqueux (ulcère, etc.); et cette théorie paraît admise aujourd'hui par tous.

M. Despres. — De même il y a douleurs dans les membres inférieurs et varices, de même il peut y avoir varices et arthrite sèche.

M. Quenu répond: 1° à M. Berger, qu'il a cité des points douloureux là où il n'y a pas de muscle (le creux poplité par exemple) et qu'il ne croit pas devoir s'arrêter aux difficultés pratiques de l'application des bas à varices; 2° à M. Le Dentu que les faits négatifs ne prouvent rien et que dans son cas une thrombose de la veine iliaque pourrait bien expliquer la sciatique par gêne de la circulation dans les veines du nerf; 3° à M. Terrier qu'il apporte des faits anatomopathologiques, ce que M. Terrier n'avait pas fait sauf dans un cas.

M. de Saboïa (de Rio de Janeiro), membre correspondant, décrit une *variété particulière d'abcès froids*, survenus à la suite d'une fièvre paludéenne grave à Rio de Janeiro. Dans un cas, il s'agissait d'une femme de 34 ans, atteinte de fièvre intermittente depuis deux mois; elle présenta une trentaine de petits abcès au bras, autour de la clavicule, etc., etc., abcès qui ne présentèrent aucune réaction inflammatoire et ne s'accompagnèrent ni de douleur, ni de rougeur, ni de fièvre. En 1885, il a publié ces faits dans les *Annales de l'Académie de médecine de Rio de Janeiro*. L'examen bactériologique du pus a été fait; on a trouvé et cultivé les microbes de la Malaria. M. Verneuil a eu récemment dans son service un abcès consécutif à une fièvre typhoïde; dans le pus on trouva des colonies de bacilles de cette maladie.

M. Lannelongue dit que ces faits permettent de faire des distinctions très nettes dans ce qu'on désigne sous le nom d'abcès froids; aussi a-t-il cru bon de faire une catégorie spéciale pour les abcès froids d'origine tuberculeuse qu'il appelle des Tuberculomes. Il a observé récemment dans son service un enfant présentant une série de collections froides dont une contenait de l'air et du pus et il n'y avait pas de lésions osseuses, aucune communication de l'abcès avec l'intérieur. On cultive en ce moment les microbes de ces abcès.

M. Chauvel demande quels sont les microbes de la fièvre intermittente que M. de Saboïa a fait cultiver. M. Chauvel n'a jamais vu quoique ce soit d'analogue aux faits rapportés par le chirurgien américain.

M. de Saboïa répond qu'il s'agit du microbe décrit par les auteurs italiens. Les abcès qu'il décrit sont en effet très rares; il n'en connaît que trois cas.

M. M. Sée. — L'existence de ces abcès est une preuve de plus que la fièvre intermittente est causée par un microbe. Il y a donc des abcès froids paludéens comme des abcès froids tuberculeux. Il aurait fallu inoculer le microbe cultivé pour voir si on aurait obtenu des abcès semblables ou déterminé des accès de fièvre intermittente.

M. Lucas-Championnière montre: 1° un kyste de la trompe de Fallope enlevé à une femme atteinte d'ataxie réflexe; 2° des trompes affectées de salpingite et qu'il a enlevées récemment.

M. Th. Anger montre un jeune homme qu'il a opéré par son procédé d'un *hypospadias périnéal*. Il a refait un canal de 12 centimètres.

M. Reygnier dit que le procédé de M. Duplay permet au malade d'avoir une verge mieux constituée et utilisable.

M. Le Dentu n'est pas de cet avis. Si ce malade n'a pas une verge susceptible d'être utilisable un jour, cela prouve seulement que c'était un mauvais cas.

M. Routier présente des *grains de sébum* provenant d'une grenouillette sublinguale, devenue sus-hyoïdienne.

M. Picqué montre une hernie d'une anse intestinale avec *hernie de la trompe de Fallope, du ligament large avec un kyste* et un peu d'épiploon.

M. Jalaguier lit une observation de *castration* pour un *sarcome du testicule*; guérison depuis trois ans sans récidive.

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 janvier 1888. — Présidence de M. Grancher.

M. Colin, président sortant, prononce un discours auquel répond M. Grancher, président pour l'année 1888. — M. Poincarré lit une note sur des *recherches expérimentales sur l'action toxique des conserves*. — M. Deshayes étudie *l'infection de la Seine à Rouen par le pétrole*.

M. le Dr Duguet.—*Note sur un cas d'intoxication saturnine dans la fabrication du cartonnage à la machine* (boîtes à coton *à la ménagère* colorées au minium). — Il s'agit d'une femme âgée de 38 ans, qui présentait tous les signes d'intoxication saturnine. Cette malade s'était toujours bien portée. Depuis huit mois elle travaille dans un *atelier de cartonnage à la machine* et son travail consiste à prendre une à une avec le doigt indicateur mouillé par la salive de petites bandelettes de papier superposées, d'une longueur de 0,15 centimètres. Un côté de la bandelette est gris et gommé, l'autre est coloré en rouge

orange ; le doigt mouillé avec la langue touche, pour la prendre, chaque bandelette du côté coloré, et est ensuite reporté sur les lèvres et la langue pour prendre de la même façon la bandelette suivante. Chaque bandelette est passée à son tour sur la langue par la face grise et est ensuite collée. Or la malade a souvent collé cinq mille de ces bandelettes par jour, pour faire soit le fond, soit le couvercle de boîtes ayant quatre centimètres et demi de diamètre, destinées à loger « *le coton à la ménagère* ». J'ai interrogé la malade sur l'état de santé des autres ouvrières qui travaillent dans le même atelier. Celles qui font du cartonnage avec des cartons colorés autrement se portent bien. Les autres, au nombre de 8 à 10, occupées au même cartonnage rouge que notre malade, deviennent toutes pâles, faibles, amaigries, souffrent de coliques sourdes, etc.

Depuis quatre mois que la malade travaille dans le cartonnage de couleur bleue, elle se porte mieux.

Voici l'analyse des bandelettes rouge-orange, faite par mon interne en pharmacie, M. Gur. L'incinération du papier laisse un résidu qui donne toutes les réactions des sels de plomb. Les caractères de l'iodure et du chromate de plomb font ici absolument défaut, tandis qu'on trouve avec la dernière évidence ceux d'un sesquioxyde de plomb (minium). M. Gur est arrivé à trouver que chaque bandelette donne environ douze milligrammes de plomb à l'état métallique. Il s'agit donc ici d'une intoxication saturnine par la voie digestive et cette intoxication est due au minium. C'est là un mode non décrit d'intoxication par un oxyde de plomb.

M. Monod demande qu'on transmette cette communication à M. le Préfet de police.

M. Thoinot. — *Les épidémies de fièvre typhoïde et le régime des eaux à Troyes.* — MM. Colin, Brouardel et Napias prennent la parole sur le même sujet. (Nous reviendrons sur cette intéressante question).

M. Gellé.—*Note sur les colonies de vacance des élèves du XIVe arrondissement.* A. Martha.

VARIA

Monument à Béclard.

Inauguration du Monument.

L'inauguration du monument de Béclard a eu lieu jeudi dernier, 9 février, à une heure et demie, au Père Lachaise. Une assistance nombreuse se pressait autour du monument funèbre ; on y remarquait presque tous les membres de l'Académie de médecine, les professeurs de la Faculté et un grand nombre d'étudiants. Au-dessus des deux bustes de MM. Béclard père et fils avaient été placées des palmes de feuilles de chêne et de laurier. Le crêpe retiré, M. le Dr Laborde, chef des travaux de physiologie à la Faculté, a remercié en termes émus les souscripteurs. M. Hébert, professeur à la Sorbonne et doyen de l'Académie des sciences, a prononcé quelques mots. M. Brouardel a remercié, au nom de la Faculté de médecine, « ceux qui ont réuni leurs efforts pour ne pas laisser tomber dans l'oubli les traits de l'ancien professeur de physiologie. » M. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, a prononcé un discours au nom de cette société. La dernière allocution a été celle du président de la Société d'Anthropologie. Un groupe d'étudiants, délégué par l'Association générale, assistait à la cérémonie.

Lentus et Lentulus.

« *Tu, Tityre Lentus in umbra...* »

Grands, longs, lents ; l'un menu, l'autre soufflé, tous les deux tardigrades, on les voit apparaître quelquefois dans les bâtisses toujours inachevées de l'Ecole Pratique. Sont-ce des hommes, des choses, ou de simples apparences ? A l'aspect, à la structure, on dirait des hommes ; à l'allure, on en doute. Cependant ils traînent derrière et sous eux de longs appendices en forme de jambes, et un observateur superficiel pourrait croire qu'ils marchent. Ceux qui ont approché ce couple fantastique affirment avoir entendu un bruit, ronron ou gloussement, ayant parfois quelque analogie avec la voix humaine.

Les plus anciens élèves, interrogés sur le compte de ces apparitions, affirment que ces fantômes se montrent depuis longtemps déjà et qu'ils sont contemporains de l'âge des premières pierres de l'Ecole Pratique. La légende leur a fait des noms : Lentus et Lentulus.

On a remarqué qu'ils étaient susceptibles de sentiment ; en effet, ils semblent éprouver un plaisir mélancolique dans le spectacle des choses incomplètes, comme si leur devoir ou leur peine consistait à se promener éternellement dans des édifices inachevés et impropres au service.

Un étudiant de première année qui les a rencontrés, errant dans les couloirs, prétend qu'ils ne sont pas méchants. Mais peut-être ces inoffensives apparitions se porteraient-elles aux extrémités les plus violentes si on avait la prétention de les faire travailler. On n'a pas essayé ; elles n'ont pas essayé non plus.

Peut-être sont-ce des *sujets d'antan* qui reviennent pour voir comment se comportent les Macchabées d'aujourd'hui. Mais de ce côté encore, on n'est arrivé à aucune donnée précise.

Le monde scientifique se perd en hypothèses. Un naturaliste a prononcé le gros mot de *budgétivores*. Un garçon de pavillon, qui a de « grandes relations », a émis l'idée que ces visions pourraient bien être les Architectes chargés de présider à la construction de l'Ecole Pratique. — Cela expliquerait tant de choses que cela doit être vrai.

Hommage au professeur Lachkévitch.

« Les professeurs de la Faculté de médecine de Kharkov et les médecins de cette ville se proposent de célébrer le 25e anniversaire de la carrière scientifique du professeur Lachkévitch. A cet effet, ils réuniront dans un album, qu'ils offriront à leur maître et ami, les lettres, les télégrammes et les portraits-cartes qui leur seront adressés et qui leur parviendront avant le 20 février 1888. Les envois doivent porter pour adresse : « au professeur Lomikovsky, à l'Université de Kharkov (Russie). »

Nous appelons avec plaisir sur cette note l'attention des médecins et des étudiants russes qui se trouvent actuellement dans notre pays.

Association générale des Médecins de France.

L'assemblée annuelle de la Société centrale de l'Association générale des Médecins de France a eu lieu dimanche dernier, 5 février, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria. Elle a été présidée par M. le Pr Lannelongue, dont le discours a été fort applaudi. Après avoir rappelé les décès de Gosselin et Foville, M. Lannelongue a parlé des Associations médicales nouvelles qui ont pour but de porter remède aux infortunes de la profession médicale. Il a constaté avec joie leur succès rapide. Puis M. Piogey, le secrétaire général, a lu un rapport sur les actes accomplis par la Société pendant l'année dernière. — L'exposé de l'état des finances a été fait par M. Brun. Le total des recettes pour 1887 a été de 18,174 francs, dont 13,783 francs pour les cotisations et les admissions, et 1,000 francs en plus, cotisation annuelle de M. Marjolin ; 2,385 francs pour intérêts d'un capital de 53,000 francs placé à la caisse des dépôts et consignations. Avec le reliquat de l'an dernier, la Société a en caisse cette année une somme de 20,813 fr. 88. La Commission a donné 6,635 francs pour des secours à 46 personnes, dont 5 sociétaires, 18 veuves de sociétaires. L'état des finances, on le voit, est toujours prospère.

L'assemblée s'est séparée après avoir ratifié les admissions faites l'année précédente.

Actes de la Faculté de Médecine.

Mercredi 15. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Fournier, Marc Sée, Reclus ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Guyon, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Budin, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Chauffard, Déjerine.

Jeudi 16. — (Epreuve pratique) Médec. opér. : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz. — 2e *de Doctorat* (1re partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Polaillon, Quenu ; — (2e *Série*) : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Villejean. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Tarnier, Brun ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Troisier.

Vendredi 17. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Budin, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Lan-

douzy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Marc Sée, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Brissaud, Chauffard.

SAMEDI 18. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Panas, Polaillon, Campenon ; — (2e *Série*) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Quenu. — 3e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Duplay, Peyrot, Brun. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Richet, Tarnier, Schwartz ;— (2e *Série*) : MM. Le Fort, Bouilly, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Cornil, Fernet, Troisier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Vendredi 17. — M. Bouvier. Essai sur la chondrite et la périchondrite dans la syphilis secondaire. — M. Cazals (Noël). De l'accouchement par le front.

Enseignement médical libre.

Cours d'accouchements. — MM. les Drs BOISSARD et BERTHOD commenceront un cours d'accouchements le lundi 13 février, à 4 heures 1/2, rue du Pont-de-Lodi, no 5. Le cours aura lieu tous les jours, à la même heure, et sera complet en 40 leçons.

NÉCROLOGIE.

M. le Dr BITOT père (de Bordeaux).

M. le Dr BITOT père vient de mourir à Bordeaux à l'âge de 66 ans. Chirurgien honoraire des hôpitaux et professeur honoraire de la Faculté de médecine de Bordeaux, M. Bitot y enseigna jadis l'anatomie. Il fut un praticien d'une infatigable activité ; il est connu par une série de travaux estimés, dont voici les plus récents : *Essai de topographie cérébrale par la cérébrotomie méthodique*, Paris, 1878. — *La capsule interne et la couronne rayonnante de Reil* in *Arch. de Neurologie*, t. III, 1888. — *Du siège et de la direction des irradiations capsulaires chargées de transmettre la parole*, in *Arch. de Neurologie*, nos 22, 23, 1884.

La liste ci-dessous comprend les titres de la plupart des mémoires de ce médecin, de date plus ancienne : *De la greffe animale*, 1850 ; — *Injection iodée dans l'hydarthrose du genou*, 1853 ; — *Utilité de l'immobilisation et des purgatifs drastiques dans la carie vertébrale*, 1856 , — *Désarticulation médio-tarsienne*, 1857 ; — *Désépiphysation à l'extrémité supérieure de l'humérus chez un enfant naissant*, 1859 ; — *Tache héméralopique*, 1863 ; — *Appareil scapulo-pelvien*, 1865 ; — *Perchlorure de fer contre le cancer*, 1866 ; — *Tuberculose du cervelet*, 1860 ; — *De la vératrine dans les affections cardio-vasculaires*, 1872 ; — *Du cathétérisme rigide*, 1873 ; — *Atrésie des orifices postérieurs des fosses nasales*, 1874 ; — *Cautérisation de l'arrière-gorge contre certaines névroses de la tête*, 1876 ; — *De la ligature pour l'amputation d'un membre*, 1876 ; — *Transfusion ; emploi du sulfate de quinine pour prévenir l'accès de fièvre qui suit cette opération*, 1876 ; — *Du crochet mousse et du crochet dynamométrique dans certains cas de présentation pelvienne*, 1877 ; — *Essai de stasimétrie*, 1878.

FORMULES

V. Pilules hémostatiques (Dr H. Huchard).

V. Ergotine . . . . Sulfate de quinine. . . .	ãã 2 grammes.
Poudre de digitale. . . . Extrait de jusquiame . . .	ãã 20 centigr.

Pour 20 pilules : de 5 à 8 ou 10 par jour. (*Nouv. Remèdes*).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 29 janvier 1888 au samedi 4 février 1888, les naissances ont été au nombre de 1221, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 446 ; illégitimes, 151. Total, 597. — *Sexe féminin :* légitimes, 450 ; illégitimes, 174. Total, 624.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 29 janvier 1887 au samedi 4 février 1888, les décès ont été au nombre de 1187, savoir : 632 hommes et 555 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 18, F. 7. T. 25. — Variole : M. 3, F. 8, T. 11.— Rougeole : M. 5, F. 5. T. 10. — Scarlatine : M. 2, F. 5, T. 7. — Coqueluche : M. 3, F. 2. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 28, F. 23, T. 51. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phtisie pulmonaire : M. 142, F. 72. T. 214. — Autres tuberculoses : M. 9, F. 1. T. 10.— Tumeurs bénignes : M. 2, F. 3. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 35. T. 52. — Méningite simple : M. 14, F. 16. T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 31, F. 25. T. 56. — Paralysie : M. 5, F. 5 T. 10. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 4. T. 11. — Maladies organiques du cœur : M. 32, F. 47. T. 79. — Bronchite aiguë : M. 29, F. 17. T. 46. — Bronchite chronique : M. 23, F. 30. T. 53. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 18. T. 33. — Pneumonie M. 35, F. 42. T. 77. — Gastro-entérite, biberon : M. 19, F. 9. T. 28. —Gastro-entérite, sein : M. 11, F. 11. T. 22 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 4. T. 5.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15, F. 18, T. 33.— Sénilité : M. 15, F. 29. T. 44. — Suicides : M. 3, F. 4 T. 7.— Autres morts violentes : M. 8. F. 1. T. 9. — Autres causes de mort : M. 137 F. 102. T. 239. — Causes restées inconnues : M. 3 F. 4. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 98, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 37, illégitimes, 18. Total : 55. — *Sexe féminin :* légitimes, 25 ; illégitimes, 18. Total : 43.

FACULTÉ DE MÉDECINE. — *Incendie.* Vers huit heures, lundi soir, un commencement d'incendie s'est déclaré à l'Ecole de médecine. Le feu, occasionné par un calorifère surchauffé, s'est communiqué au matériel du Grand Amphithéâtre, et les pompiers ont mis près d'une demi-heure pour maîtriser l'incendie, les dégâts ne sont pas évalués. Les cours seront suspendus dans cet Amphithéâtre pendant quelques jours. Nous souhaitons vivement, sans oser l'espérer, que la Faculté profitera des travaux de réfection rendus nécessaires pour faire mieux aménager cet Amphithéâtre, le rendre moins incommode pour les étudiants et le pourvoir de tous les objets nécessaires aux modes d'enseignement modernes. Il paraît que les tableaux, noirs... dans le temps, ont été respectés par le feu ; nous le regrettons, car on aurait eu ainsi l'occasion de les remplacer.

FACULTÉ DES SCIENCES DE DIJON. — M. EMERY, professeur de botanique, est nommé pour 3 ans, à partir du 22 janvier 1888, doyen de ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. le Dr CARPENTIER est institué chef des travaux anatomiques.

FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. le Dr DERVILLE, ancien interne des hôpitaux de Paris, est nommé professeur suppléant.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le Dr GOUILLOUD est nommé aide de clinique des maladies des femmes, en remplacement de M. Jubin, dont le temps d'exercice est expiré. — M. le Dr DEVIC est nommé aide de clinique des maladies des enfants, en remplacement de M. Brizard, dont le temps d'exercice est expiré. — M. COURMONT, interne des hôpitaux, licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire de médecine expérimentale en remplacement de M. Gaillard, démissionnaire.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — M. MONNIER est nommé surnuméraire à la bibliothèque de ladite école.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. ROUFFILANGE, pharmacien de 1re classe, est nommé chef des travaux physiques et chimiques, en remplacement de M. Ducruzel, appelé à d'autres fonctions.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — Un concours s'ouvrira le 1er août 1888, à la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à ladite école. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — M. le Dr BÉZY est nommé chef de clinique médicale ; — M. le Dr CHABAUD est nommé chef de clinique chirurgicale.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — M. le Dr LEDOUBLE, suppléant, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Giraudet, décédé.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. *Réouverture de l'Université de Moscou.* — L'Université a rouvert le 7 février ses cours. Le calme le plus parfait règne parmi les étudiants.— *Nominations.* Sont nommés professeurs extraordinaires : M. J. MAC LEOD, professeur de botanique et M. Ch. de VISSCHER, professeur de médecine légale.

HÔPITAUX DE MARSEILLE.— Sont nommés *internes* : MM. Toulouse, Vandey, Pantaloni, Gilles, Guende, Bonnefoy, Stéfani, Bar ; — Sont nommés *externes* : MM. Martel, Lechaux, Bourdillon, Doulet-Fortunay, Garnier, Cormier.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE TURIN. — Nous apprenons avec plaisir que notre collaborateur M. le Dr BLANCHARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, vient d'être nommé membre correspondant étranger de ladite Académie.

CONSEIL D'HYGIÈNE DE FRANCE. *Publication de ses travaux.* — M. Dautresme, ministre du commerce et de l'industrie, vient de décider que les travaux du comité d'hygiène publique de France seraient publiés désormais dans un recueil spécial aux frais de l'administration. Un compte rendu sommaire sera distribué aux journaux le samedi de chaque semaine, 244, boulevard St-Germain, de 4 à 5 heures, parce que les publications se feront dans un délai assez long. — On ne peut qu'applaudir à cette décision, dont l'exécution est réclamée depuis longtemps par tous les hygiénistes.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr LEGLUDIC, médecin-adjoint du lycée d'Angers, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Guichard, démissionnaire. — M. le Dr JAGOT, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Angers, est nommé médecin-adjoint du lycée d'Angers, en remplacement de M. Legludic.

NOMINATIONS DIVERSES. — M. le Dr VALETTE est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Tulle.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous venons de recevoir les premiers numéros des deux nouveaux journaux suivants : *La Revue internationale, scientifique et populaire des falsifications des denrées alimentaires*, publiée en plusieurs langues, par Albert de Lange (d'Amsterdam) ; — la *Revue illustrée de polytechnique médicale et de chirurgie orthopédique*, dirigée par MM. Leblond et Chenet, publication internationale représentant l'édition française de deux journaux publiés en Suisse en langue allemande.

PROFESSEURS ET ÉTUDIANTES EN MÉDECINE. — Il parait qu'à Zurich les étudiantes en médecine ont été peu satisfaites de la façon dont s'est exprimé dans un de ses cours le professeur de clinique médicale ; elles ont manifesté leur mécontentement en cessant d'assister à ses leçons. Les étudiants, au contraire, ont adressé une lettre au professeur pour leur témoigner toute leur sympathie.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — Par décret, en date du 24 janvier 1888, a été promu dans le corps de santé de la marine, au grade de médecin de deuxième classe : M. DAVID, aide-médecin, docteur en médecine.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Par application des dispositions du titre IX de la décision ministérielle du 26 mars 1887 et de l'article 15 du décret du 22 novembre 1887, M. GAUILLARD, élève du service de santé militaire, reçu docteur en médecine, a été nommé à l'emploi de médecin stagiaire à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires, pour prendre rang du 20 janvier 1888. — M. ARNOULD (J.-H.), médecin principal de 1re classe, directeur du service de santé du 1er corps d'armée, à Lille, a été promu au grade de médecin inspecteur dans le corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin inspecteur Vedrennes, placé dans la section de réserve.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE. — La Séance mensuelle de la Société aura lieu le vendredi 10 février, à 8 heures 1/2 du soir, dans la salle de la Bibliothèque, au siège social, 30, rue du Dragon. *Ordre du jour* : 1° Elections du Bureau et des Comités d'Etude ; 2° Rapport de la Commission des Finances (Exercices 1887 et 1888) ; 3° Communications diverses (MM. POURQUIER, de Montpellier, IMBS, E. CACHEUX, Ferdinand MARIÉ-DAVY, Dr RAIMONDI, etc.).

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE. — Le *Journal des Conn. méd.* annonce la fondation d'une nouvelle société, la *Société de Stomatologie*. Elle a pour objet l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes. Le président est M. le Dr Magitot.

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons la mort de M. PERROUD, sous-chef de bureau de l'Assistance, ancien directeur de la Pitié, ancien professeur d'administration à l'Ecole des Infirmières de cet établissement. Les obsèques ont été civiles. — On annonce de Rochefort-en-Terre (Morbihan), la mort du Dr JUHEL, un républicain de la vieille roche, qui toute sa vie combattit pour le régime républicain qu'il a certainement contribué à établir dans ce département. Très connu, très aimé, le défunt laisse d'unanimes regrets à Rochefort, où il habitait depuis 40 ans. Pendant la guerre, le Dr Juhel, fut un des principaux médecins militaires de l'armée de la Loire, où il rendit de grands services. Aux dernières élections législatives, où ses concitoyens l'avaient porté, il obtint 20,000 voix. — M. le Dr MUGUET, mort à 50 ans, ancien interne des hôpitaux de Lyon, exerçant la médecine dans cette ville. — M. le Dr FAVARDOLO (de Naples), professeur d'anatomie à l'Université. — M. le Dr PRAMBERGER (de Gratz), privat-docent de médecine interne à la Faculté de médecine.

A CÉDER EN NORMANDIE, pour cause de santé, une clientèle médicale dont le titulaire dessert pendant la saison, deux stations balnéaires des plus fréquentées.

La commune de Bèze (Côte-d'Or), demande un médecin ; elle fournit subvention et logement. Pays de chasse et de pêche. Gare sur la ligne d'Is-sur-Tille à Gray.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain

MALGAIGNE et LE FORT, — Manuel de médecine opératoire. Première partie : Opérations générales (9e édit.). Volumes in-12 de 728 pages, avec 352 figures, — Prix des deux volumes. 16 fr.

PÉAN. — Leçons de clinique chirurgicale professées à l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1881 et 1882. Volume in-8 de 1376 pages, avec figures. — Prix : 25 fr. Les quatre volumes précédents. 25 fr. chaque.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

BACHELET (H.). — Recherches sur la dipsepsie iléo-cœcale. Volume in-12 de 381 pages. Prix : 5 fr.

BALL (B.). — La folie érotique. Volume in-12 de 158 pages. Prix : 2 fr.

FOVILLE (A.). — Les nouvelles institutions de bienfaisance, les dispensaires pour enfants malades, l'hospice rural. Volume in-12 de 255 pages. Prix : 3 fr. 50

VIBERT (Ch.). — Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemins de fer. Volume in-8° de 118 pages. Prix : 3 fr. 50

ANNUAIRE DE L'ACADÉMIE ROYALE des sciences, des lettres et des beaux-arts de Belgique. 1888. — Volume in-12 de 496 pages. — Bruxelles, 1888. — Hayez.

BOSSUET. — Recherches sur quelques points intéressant la topographie médicale de Rochefort-sur-Mer. Volume in-8° de 102 pages, avec 2 planches hors texte. — Rochefort-sur-Mer, 1887 — Société anonyme de l'imprimerie.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.—Le Dr A. VOISIN recommencera ses conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales le dimanche 12 février 1888 et les continuera les dimanches suivants à neuf heures et demie.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. Service de M. Ernest BESNIER. — Mardi, opérations dermatologiques : lupus, acnés, etc. — Mercredi, dermatophyties, teignes, alopécies diverses. — Vendredi consultation externe. — Samedi, clinique.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. BUDIN, samedi et mardi à 9 heures du matin.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.—*Thérapeutique infantile* : M. Jules SIMON, mercredi à 9 heures. — *Pathologie et clinique médicale infantile* : M. DESCROIZILLES, le vendredi à 9 heures. — *Clinique médicale* : M. le Dr OLLIVIER, le lundi à 9 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, jeudi à 9 heures.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Maladies nerveuses et mentales* : M. le Dr MAGNAN, dimanche et mercredi, à 9 heures 1/2.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 7. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 18 FÉVRIER 1888

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE CHIRURGICALE

Taille hypogastrique. — Abcès musculaire abdominal. — Guérison. — De la valeur actuelle du haut appareil ;

Par le Professeur F. PONCET, médecin en chef du Val-de-Grâce.

L'opération de Franco (1561), dès son apparition, a été défendue par des chirurgiens qui voulaient lui faire une large part dans l'intervention opératoire chez les calculeux.

Riolan, Rousset, Piétre (1635), Douglas (1718), Cheselden (1723), Morand, Winslow, Heister, Senac (1728) et le frère Cosme (1779), ont étudié la valeur de cette méthode. Déjà, dans cette première phase du haut appareil (de 1555 à 1780), soit plus de 200 ans, les remarques de Rousset et de Middleton sur la nécessité de remplir la vessie avant l'opération, le conseil de Morand sur l'introduction d'une sonde pour éviter les infiltrations, établissaient nettement les desiderata qui ne devaient être réalisés que par la Chirurgie moderne.

Peut-être, par le fait de la condamnation portée par François Colot, l'attention ne fut attirée plus tard sur le haut appareil que vers la deuxième partie du XIXe siècle, après les modifications instrumentales de Belmas, par les succès de Baudens, par les conseils d'Amussat et de Souberbielle. Amussat avait remplacé la mèche conductrice du frère Cosme par une large canule de 6 à 8 pouces, courbe, plongeant, un côté, dans la vessie, et, de l'autre, dans une vessie de porc, pour recevoir l'urine.

Pinel Grandchamp proposa la suture de la vessie ; Souberbielle, un siphon passé dans l'urèthre ; Cloquet, une pompe aspiratrice.

Cette deuxième période s'étend de 1730 à peu près, jusqu'aux modifications de la lithotritie par le génie instrumental d'Amussat, Civiale, Heurteloup, etc., c'est-à-dire jusqu'en 1830, soit un siècle, pendant lequel le haut appareil, jugé dangereux, paraissait seulement réservé aux calculs que les autres opérations ne pouvaient atteindre. C'était une méthode d'exception.

Plus près de nous, de 1830 à 1881, nous voyons la taille prérectale entre les mains de Dolbeau, Nélaton et la lithotritie, secondée par des instruments évacuateurs nouveaux, ou pratiquée par des chirurgiens d'une habileté hors ligne, nous voyons ces deux opérations éclipser presque complètement la taille de Franco. Elle avait donc perdu bien du terrain, quand, en France, le rapport de Gosselin, à l'Académie, fixa l'attention sur sa valeur nouvelle.

Trendelenburg, en 1877, Petersen, Perrier, venaient, en effet, d'introduire dans le manuel opératoire, dans les soins consécutifs, des modifications telles que, protégée par l'antisepsie, la nouvelle opération fournissait rapidement de nombreux succès, modifiant du tout au tout la valeur du haut appareil. La méthode moderne donnait une sécurité presque absolue du côté du péritoine ; l'incision facile de la vessie était aseptique, grâce à l'injection d'acide borique ; l'inutilité de la suture était démontrée et enfin l'écoulement de l'urine, cet idéal du premier jour, était acquis par Perrier.

En cet état, Bœckel (de Strasbourg), se déclare partisan absolu de la taille sus-pubienne, à l'exclusion de la taille périnéale, la lithotritie prenant les cas les plus avantageux. Villeneuve soutient à Paris une thèse intitulée : De la substitution de la taille hypogastrique aux différentes méthodes de la taille périnéale comme méthode générale de cystotomie. Paquet (de Lille) s'engage dans la même voie pour les enfants. En Allemagne, au Congrès de chirurgie, en 1886, cette opération a été l'objet d'une longue discussion. Nous ne parlerons pas des statistiques : ce n'est pas avec elle qu'on peut juger la valeur d'une méthode.

Mais nous dirons que Trendelenburg, Sonnenburg, Bergmann, Czerny, Roser ont défendu la taille hypogastrique. Si nous résumons les objections et les avantages de la taille par le haut appareil, nous pouvons constater qu'elle est, d'un avis général, indiquée maintenant dans les cas suivants :

Calculs enchatonnés, calculs volumineux, calculs sur corps étrangers, dans les cas d'hypertrophie prostatique, de cul de sac prostatique, de rétrécissement uréthral, de vessies irritables, d'hémorrhoïdes volumineuses, de lésions des reins, d'ankylose fémorale.

Elle a pour avantages : de ne pas nécessiter d'instruments spéciaux, coûteux, mais d'employer les plus simples et ceux de la trousse pour ainsi dire : d'être facile à exécuter, rapide ; de ne pas léser d'organes importants ; de ne pas créer de danger d'hémorrhagie ; d'agir à large voie, en laissant reconnaître la région où le chirurgien opère, ce qui n'existe pas pour la taille inférieure, car l'opérateur le plus habile peut dépasser la prostate, couper la vessie, sectionner des artères difficiles à lier.

Pas de récidive.

Elle permet en outre l'inspection de la vessie et les opérations ultérieures sur les tumeurs, la prostate et la muqueuse elle-même.

Alors, il faut forcément avouer qu'il ne reste plus pour la taille périnéale que les calculs de trois centimètres, et encore la lithotritie nouvelle les réclame-t-elle dans certains cas, se réservant surtout ceux qui sont broyables et plus petits. Or, ce sont précisément ces calculs de 3 à 3 cent. 1/2, placés sur la limite du diamètre prostatique et de l'action du lithotriteur, que nous croyons justiciables aujourd'hui de la taille hypogastrique comme plus simple, plus facile, moins dangereuse que la taille périnéale et que la lithotritie.

Il ne resterait donc plus à la lithotritie que les calculs de minime dimension, faciles à saisir et à broyer, ou les pierres moyennes à un âge très avancé.

Et, du reste, ne voit-on pas aujourd'hui la taille sus-pubienne préconisée même pour les cystites chroniques et nous savons combien elles sont nombreuses.

Le haut appareil, par les perfectionnements modernes, que Baudens avait pressentis, devient donc l'opération recommandée contre les calculs de toute nature.

Les pierres grosses, les moyennes, les dures, sont du domaine de la taille sus-pubienne, à l'exclusion des tailles périnéales et de la lithotritie. Cette dernière peut seule réclamer les petites pierres, faciles à briser, à évacuer rapidement, ou appartenant à des malades trop

âgés pour affronter le choc d'une ouverture péritonéale.

Alors, il ne reste rien pour les tailles périnéales, dangereuses, et ne laissant pas au chirurgien la certitude de l'innocuité immédiate. La prostate, le col vésical, les artères, le rectum, les veines hémorrhoïdales sont autant d'organes toujours menaçants pour le chirurgien, dans la taille inférieure, tandis que, dans l'opération de Franco, nul danger ne saurait naître de la section des tissus avec les précautions modernes.

L'observation que nous publions démontre que, malgré des conditions défavorables et l'apparition d'un accident, rarement signalé dans les tailles sus-pubiennes, le succès a suivi l'extraction d'un calcul moyen par le haut appareil.

M. M..., capitaine au 53e régiment d'infanterie, en traitement à l'hôpital militaire de Tarbes, pour cystite chronique depuis le mois de septembre 1886, est évacué sur sa demande sur l'hôpital du Val-de-Grâce où il arrive le 20 avril 1887.

Voici l'historique de la maladie fourni par M. M..., lui-même. Uréthrite en 1872 ; affection mal ou peu soignée, laissant après elle des difficultés dans l'émission de l'urine. De 1872 à 1880, cet officier continue son service, mais souffrant de la vessie : les urines sont souvent troubles. Il existe un retard marqué, surtout le matin, dans l'émission. En 1881, en janvier, le malade entre à l'hôpital de Tarbes : la miction était très douloureuse ; les urines sortaient difficilement, étaient troubles et d'une odeur fétide. Evacué sur l'hôpital de Bayonne, huit jours après, il y fut sondé et semble avoir subi un traitement pour rétrécissement de l'urèthre : on passa successivement des sondes jusqu'au nº 15. Après guérison, reprise du service pour lequel M. M... fut obligé de monter à cheval. Deux mictions sanglantes se produisirent en 1882 et en 1885, après des exercices de cheval. Les choses ont ainsi traîné avec des alternatives de bien et de mal, de cystite douloureuse jusqu'en 1886, 19 septembre, jour où M. M... entre à l'hôpital de Tarbes.

M. le médecin-major B..., de l'hôpital de Tarbes, qui n'avait pas à sa disposition le matériel d'instruments nécessaires pour une exploration complète et méthodique, décrit l'état du malade à cette époque.

« Cet officier présente tous les symptômes d'une cystite chronique calculeuse. Les urines sont abondantes, glaireuses et fortement purulentes. Le malade accuse surtout une sensation de pesanteur pénible au périnée, d'où s'irradient des douleurs très vives sur la verge, l'anus, les membres inférieurs. La miction est très fréquente, interrompue brusquement, s'accomplissant à l'aide d'artifices : accroupissement sur un vase de nuit, pressions digitales sur le périnée, introduction du doigt dans l'anus, tractions exercées sur la verge. Toutes ces manœuvres ont pour but de calmer les douleurs permanentes ressenties dans cette région. Les sondes olivaires 12, 14 passent aisément et leur pénétration dans la vessie fait souvent basculer un corps volumineux. Spasme violent et fréquent à la région membraneuse, tel que M. le Dr B..., ne voulant pas endormir le malade, ne peut passer des sondes métalliques. Chaque cathétérisme est, du reste, suivi d'un accès de fièvre. »

Ainsi tous les antécédents du malade semblaient bien indiquer un calcul ; mais la preuve tangible n'avait pas été faite, car le sentiment de bascule donné par les sondes molles n'avait pas paru assez précis pour porter le diagnostic calcul.

Le capitaine est un homme de 44 ans, brun, de petite taille, il est doué d'un embonpoint assez développé et persistant malgré les souffrances qu'il endure depuis longtemps. Il remplit au régiment des fonctions de bureau.

Son attitude est caractéristique ; il repose dans le décubitus dorsal, tirant sur le gland de la verge, ayant l'autre main à l'anus pour calmer les douleurs de la vessie. Il ne se laisse approcher qu'avec des réclamations vives, interrogeant sur ce qu'on veut lui faire, poussant des cris au moindre déplacement.

Le jour de l'entrée, après 24 heures, nous essayons le cathétérisme avec une sonde molle (caoutchouc rouge). Surexcitation nerveuse très grande. Contraction reflexe de la région membraneuse. Néanmoins la sonde passe aisément et tombe de suite après le ligament de Carcassone, dans un infundibulum dilaté, donnant très nettement la sensation d'un corps étranger, dur et mobile, au voisinage du col. J'introduis immédiatement le petit lithotriteur de Civiale, malgré les cris, les contorsions, les réclamations bruyantes du malade.

Je saisis de suite dans le fond de la vessie, qui était restée pleine, un calcul qui mesurait 3 centimètres 1/2 dans un de ses diamètres, le plus long me semble-t-il.

Une seule pierre existe dans la vessie. L'exploration n'avait pas été très douloureuse et le malade, un peu étonné par le résultat précis de la manœuvre, lui qui n'avait jamais voulu se laisser sonder avec des instruments métalliques, devint plus calme et plus confiant.

Injections répétées tous les jours deux fois, avec une solution tiède d'acide borique à 3 0/0. — Injection de 1 centigramme de morphine. — Lait pour boisson.

Les explorations ne purent être renouvelées qu'une seconde fois, tant était grande cette agitation, tant les scènes de défense, de mouvements de recul, les clameurs du malade, étaient insupportables. Les conseils, les recommandations n'avaient aucune prise sur ce malade, que la vue seule des instruments mettait dans un état de frayeur presque ridicule chez un homme de cet âge.

Voici la nature des urines au 8 avril : Couleur ambrée, — troubles, — dépôt blanchâtre abondant, — odeur fétide, — réaction fortement alcaline, — densité = 1.0095 à + 15°. — Urine filtrée : donne, par l'acide nitrique, un nuage d'albumine. — Pas de sucre.

Au microscope, le dépôt blanchâtre est constitué par de fines granulations de matière albumineuse, de très nombreux cristaux de phosphate double, de grosseur très variable. — Globules purulents mêlés à la matière muqueuse.

Les reins étaient absolument silencieux.

La prostate laisse reconnaître une hypertrophie sensible des deux lobes; il existe des hémorrhoïdes assez volumineuses. Une dernière exploration, faite avec plus de difficulté encore que la première, confirma mon diagnostic de calcul moyen de 3 c. 1/2 dans la plus grande longueur. Il était mobile, mais très dur, dans une vessie à colonnes, très sensible, mais sans aucun diverticulum. Le malade souffrait surtout quand la pierre venait heurter le col, après l'émission. Les souffrances diminuaient avec une injection tiède de 150 grammes refoulant le calcul au bas fond. — Chaque cathétérisme fut suivi d'un mouvement fébrile très prononcé pour lequel 80 c. de sulf. de quinine furent administrés.

Dans ces conditions, la conduite du chirurgien était de choisir entre les genres de taille, mais il ne me paraissait pas possible de détruire, en une seule séance, un calcul dur de 3 c. 1/2 au moins, logé dans une vessie très sensible, avec des urines putrides et une vessie dont le tissu, vu l'inflammation chronique, remontant à plusieurs années, devait être friable.

Si la lithotritie devait exiger plusieurs séances avec le chloroforme, le danger me paraissait grand pendant l'intervalle des broiements, car un seul calcul, fournissant une réaction aussi violente chez le malade, que surviendrait-il avec plusieurs fragments existant dans la vessie. Du reste, l'état moral, l'indocilité absolue de cet officier, me faisaient aussi rejeter la lithotritie.

Avec la taille, au contraire, tout disparaissait dans une seule opération. Je dirai plus tard les raisons qui me firent choisir le haut appareil.

L'opération fut exécutée le 28 avril avec l'assistance de mon collègue Chauvel et de MM. les professeurs agrégés Chavasse et Vautrin.

En rasant le pubis, nous constatons la présence de deux hernies inguinales descendant dans le scrotum et d'une légère orchite à gauche. Le malade n'avait rien dit de toutes ces circonstances.

Emploi du ballon de Pétersen et injection de 150 grammes d'acide borique dans la vessie. Après antiseptie complète de la région, incision de 10 cent. au-dessus du pubis. On arrive sans incident, par la ligne blanche, jusque sur le péritoine, qui est ouvert avec précaution.

La graisse sous-péritonéale nous gêna pour dénuder sur la

vessie et force fut d'en exciser de gros lobes placés juste sur l'incision vésicale. La vessie fut ponctionnée et fendue sur une minime longueur, juste pour passer les tenettes qui retirèrent un calcul ovale, hérissé de plusieurs aspérités très aigus.

Disons de suite, que ce calcul pesait 27 gr , qu'il était fort dur, et constitué par du phosphate de chaux. Ces épines phosphatiques sans en faire un véritable calcul mural, nous expliquent très bien les douleurs ressenties par le malade quand la pierre frottait la vessie ou était mue par les contractions du col.

Aucune suture ne fut faite sur la vessie ; je plaçai 5 ou 6 fils d'argent profonds dans l'épaisseur des parois abdominales, au dessus du péritoine et quelques points de suture superficielle, laissant passer les 2 tubes de Perrier, suturés à la peau et plongeant dans la vessie.

29 *avril*. Nuit bonne. Les douleurs anciennes ont complètement et subitement disparu. Léger affaissement, choc opératoire. Les tubes ont bien fonctionné ; mais l'urine coule aussi en dehors du tube : le pansement est mouillé.

Légère orchite à gauche, elle existait, nous dit le malade, qui ne s'en était pas plaint, depuis notre 2e exploration. Elle s'est produite déjà plusieurs fois et le malade ne s'en inquiète pas. Pas de douleur à l'abdomen, dans aucun point à la pression. Quelques hoquets ou regurgitations avec l'eau de seltz.

30 *avril*. Nuit excellente. Lavage de la vessie et des tubes avec l'eau boriquée. Pas de fièvre. Pas de douleur au ventre. Libre écoulement des urines. Iodoforme sur la plaie. Dès le 2 mai le malade mange bien, repose, et tout marche à souhait. Iodoforme sur la plaie et en pulvérisation dans la cavité abdomino-vésicale.

7 *mai*. Nous constatons de l'agitation chez le malade, qui se plaint d'avoir des idées bizarres. Pas de fièvre. Langue un peu sale. J'ai déjà constaté des accidents analogues chez un autre malade taillé, et je n'hésite pas à y voir un début d'empoisonnement par l'iodoforme. L'épreuve par le calomel donne du reste une coloration jaune avec la salive. On cesse l'emploi de l'iodoforme qui était peut-être trop abondamment réparti sur la plaie et dans l'espace vésico-abdominal.

10 *mai*. Cet état a disparu et la tranquillité est revenue avec le sommeil et l'appétit. Les tubes sont supprimés, la plaie se rétrécissant à vue d'œil. Le malade qui sait se sonder pourrait se passer une sonde toutes les 3 heures. Aussi dès le 12e jour, les tubes sont inutiles.

11 *mai*. Le malade s'est levé, et a passé plusieurs heures sur un fauteuil. Il va aussi bien que possible et se sonde sans difficulté. Les fils de suture sont enlevés successivement.

16 *mai*. M. M... se plaint d'une douleur sourde, profonde dans la région abdominale droite ; le long du bord externe du muscle droit, entre l'ombilic et la ligne iliaque supérieure. Cette douleur est augmentée par la pression.

Purgatif: (4 grammes d'huile de ricin).

17 *mai*. Le malade est allé à la selle plusieurs fois.

20 *mai*. Bien que la température prise matin et soir ne soit pas élevée, M. M..., affirme qu'il a de la chaleur la nuit et le sommeil agité. La palpation de l'abdomen révèle dans la région abdominale droite, dans le triangle, ombilic, pubis, épine iliaque, et au centre, une induration profonde large de 7 à 8 cent. Le malade ayant été purgé, il n'y a plus à songer maintenant à une accumulation de matière dans le cœcum. La plaie continue à se cicatriser ; mais elle fournit dans le pansement et provenant de la partie inférieure droite, une quantité de pus qui n'est pas en rapport avec ses dimensions : pus jaunâtre, et bien inflammatoire. Quand on presse sur la région de l'empâtement profond, avec une éponge, en ramenant la pression vers la ligne blanche, le pus paraît dans le fond de l'incision vésicale.

Cette masse indurée n'est pas uniforme ; elle n'est pas fluctuante, mais bosselée et dure, inégale. Il est évident que nous avons là une suppuration profonde, intra-musculaire en dehors du grand droit, directement sus-péritonéale.

L'état général du malade se maintient bon, et du côté de la vessie tout marche à souhait.

25 *mai*. Comme la communication avec l'incision de l'opération est difficile, bien que le péritoine soit muet dans le reste de la cavité, je me dispose à évacuer cette collection. Incision à 5 c. de l'arcade de Fallope, parallèle à l'artère épigastrique, entamant successivement le grand et le petit oblique. Le bistouri est conduit avec la plus grande prudence jusqu'au moment où, dans le transverse, je rencontre des petites cavités qui donnent passage à quelques gouttes de pus d'abord, puis j'introduis la sonde cannelée et j'arrive dans une série de petits abcès séparés, mais adjacents, donnant issué à trois cuillerées de pus environ, qui sort par l'incision, sous pression de la paroi. Lavage boriquée. Opération et pansement aseptique.

26 *mai*. L'incision a amené dans l'état du malade une grande amélioration. La fièvre est tombée, nuit calme. Détente franche par l'issue du pus. L'incision sus-pubienne ne fournit presque pas de pus.

Les urines sont claires. En un mot, une amélioration très rapide s'est produite par le fait de l'évacuation de ce foyer intra-musculaire. En poussant avec un drain une injection boriquée, l'eau ressort par la plaie médiane. Le lavage est répété et l'eau s'écoule aisément d'une plaie à l'autre.

1er *juin*. L'état général est excellent. Les deux plaies s'acheminent hardiment à la cicatrisation. L'incision abdominale récente ne donne pas de pus ; la graisse forme des bourgeons charnus. Pansement rare.

6 *juin*. Moins de suppuration. Les deux plaies communiquent encore. L'urine — et son état ne s'est pas sensiblement modifié par l'opération — renferme toujours une quantité notable de pus. Trois lavages sont pratiqués cependant, deux sont faits avec l'acide borique. Le malade est remis à l'usage de la térébenthine.

20 *juin*. L'orifice sus-pubien est presque cicatrisé et ne donne qu'un léger suintement Quelques gouttes de pus à l'incision latérale ; l'empatement se rétrécit dans la zone profonde, et, depuis quelques jours, la communication n'existe plus entre les deux foyers.

26 *juin*. Le malade se lève et reprend des forces. Urines toujours troubles. Un peu de paresse au début des contractions vésicales.

5 *juillet*. La cicatrisation est définitive et la cystite reste seule à soigner.

20 *juillet*. Les urines sont plus claires et renferment beaucoup moins de pus. L'induration abdominale a presque totalement disparu.

Le malade sort le 16 août : il se promène depuis longtemps dans les jardins ; les cicatrices ne donnent lieu à aucune douleur. L'urine est bien meilleure, quoique ayant encore dans les 24 heures un à deux centimètres de pus recueilli dans la petite éprouvette.

M. M... doit se rendre aux eaux. Sa santé générale est revenue à l'état primitif : embonpoint moyen.

En décembre 1887, j'ai reçu une lettre du malade m'annonçant que, grâce au régime lacté et aux injections vésicales de bichlorure, la cystite purulente avait entièrement cessé. La guérison est donc parfaite.

Dans ce cas, l'indocilité du malade, l'irritabilité de la vessie, l'état des urines, la grosseur du calcul s'opposaient à la lithotritie. L'obésité du sujet, l'hypertrophie de la prostate, les hémorrhoïdes, le diamètre du calcul qui avait au moins 3 cent. 1/2 nous semblaient militer pour la taille sus-pubienne. Du reste, l'opération en elle-même, toutes choses égales d'ailleurs, nous paraissait infiniment plus simple que les tailles prostatiques.

Nous ferons remarquer dans cette observation combien la surcharge graisseuse abdominale change les rapports cutanés : la jonction de la verge par la base avec la peau sus-pubienne ne marque plus, on le sait, la limite de l'incision. Chez les sujets obèses, ce pli est tout à fait abaissé et le chirurgien qui inciserait de la racine de la verge, à 8 cent. au-dessus, atteindrait à peine le bord supérieur du pubis sans être dans la région réelle de l'opération. *Un pli d'obésité* marque néanmoins l'ancienne limite ; mais il est beaucoup plus sûr de rechercher avec le doigt le bord postérieur du pubis, et alors de tracer à l'avance le siège exact de l'incision cutanée.

Chez ce malade, il existait une hernie inguinale de chaque côté: circonstance qui, jointe à la légère orchite dissimulée par le malade habitué à ces accidents, aurait pu créer quelques complications d'engouement. Il n'en a rien été, et, pendant l'opération, nous ne nous sommes pas aperçu du moindre changement dans le rapport normal du péritoine. Cette membrane n'a pas été vue. C'est encore la surcharge graisseuse de la cavité sus-vésicale qui gêna l'ouverture de la vessie : force fut d'exciser quelques pelotons graisseux, mais nous avons eu soin de garder toutes les vésicules qui n'étaient pas sur la ligne médiane. Car ces parties graisseuses reviennent rapidement à l'état embryonnaire et sont utiles, croyons-nous, à combler ce vide existant entre la vessie et la face postérieure des muscles droits. Enlever ces vésicules graisseuses serait créer une cavité, sans matériaux pour l'obturer et s'exposer à des fistules consécutives.

L'abcès de la paroi abdominale que nous avons dû ouvrir n'est pas un accident fréquent de l'incision sur la ligne blanche. Son étiologie nous paraît assez difficile à établir.

Ce n'est pas en effet un abcès de cause urineuse; son début est noté trop longtemps après la formation du bourgeon charnu constituant la barrière antiseptique. L'opération est exécutée le 28 avril; or, c'est le 16 mai que nous constatons les premiers signes du phlegmon, soit 18 jours après l'incision première.

Nous n'hésitons pas à accuser un des fils de suture profonde, fil d'argent trop mince qui s'est brisé en deux endroits et dont le fragment est resté renfermé dans le trajet du muscle droit.

Disons que le siège de l'empâtement était dès le début très profond; si bien que nous nous demandions si nous n'avions pas là un amas de matières fécales durcies.

Il existait en effet de la constipation et un purgatif administré put dégager un peu la région, sans toutefois résoudre complètement la tumeur.

La peau de la paroi n'était pas tendue, ni rouge, ni adhérente. La douleur à la pression, ramenant le pus sur l'incision vésicale, était faible. Le thermomètre n'indiquait qu'une légère augmentation de température.

Enfin, nous n'avions pas sous les yeux la description classique des phlegmons de la paroi abdominale, c'était plutôt une induration mammelonnée, irrégulière, profonde, bien limitée et indolente quand on n'y touchait pas. Le péritoine était muet.

L'incision faite à peu près au milieu du triangle : ombilic, pubis, épine iliaque permit de reconnaître les fibres du G.O. du P.O. et c'est dans le transverse qu'apparurent de petites cavités purulentes, du volume d'un pois, petits abcès communiquant entre eux et donnant à un moment issue à trois cuillerées de pus bien lié.

Le siège de l'abcès ne peut faire aucun doute : il était situé dans le premier étage, immédiatement sous le muscle transverse, au-dessus du feuillet aponévrotique, qui s'insère au pubis (feuillet de Cooper.)

C'est aussi ce qui nous fait comprendre le silence de la séreuse, laquelle était encore séparée de l'abcès par le deuxième fascia de Retzius, celui qui, doublant le fascia de Cooper, va passer derrière la vessie et forme la deuxième partie de la cavité de Retzius.

L'incision, assez délicate à pratiquer, et faite parallèlement en dehors de l'artère épigastrique, à travers les deux premiers muscles de la paroi, a dégagé rapidement la région, en permettant de laver antiseptiquement les petites cavités de l'abcès. Nous avons noté combien rapide avait été la cicatrisation et l'interruption du passage des liquides de lavage d'une incision à l'autre. L'injection ayant entraîné probablement les débris du fil d'argent, la réunion des parois s'est faite de suite, en deux jours.

La marche de la maladie a été retardée par cet abcès abdominal, mais il nous semblera facile d'éviter cette complication en prenant des fils d'argent solides, dont l'opérateur aura soin de compter attentivement la sortie. C'est un accident de technique qu'il n'est pas possible de rattacher aux aléa de l'opération même.

Malgré tout, notre opéré était guéri de la taille en deux mois, sans la moindre fistule, et on peut dire que dès le douzième jour il urinait seul : les drains fonctionnant largement ont amené le libre écoulement du liquide septique.

Qu'il nous soit permis de dire un mot sur la ténacité de cette cystite purulente. Malgré l'incision et le repos de l'organe, malgré des lavages réguliers à l'acide borique, à l'acide phénique, au bichlorure, les urines ont conservé du pus jusque après la cicatrisation parfaite de l'abdomen.

Le séjour à la campagne, une série de bains sulfureux, le régime lacté, les injections de bichlorure n'ont achevé la guérison qu'après huit mois.

Depuis cette taille sus-pubienne, une autre opération identique a été faite au Val-de-Grâce par M. le professeur agrégé Vautrin, pour un calcul plus volumineux et plus dur; le malade plus jeune a guéri très simplement.

J'ai publié en 1886 un autre fait analogue à celui d'aujourd'hui, avec guérison simple et rapide.

En résumé, le haut appareil nous semble destiné à devenir la méthode générale pour l'extraction des calculs, parce que les perfectionnements modernes du pansement et de l'opération ont su éloigner les causes de danger qui avaient effrayé à juste titre nos prédécesseurs.

Il nous a semblé utile de publier ces observations, pour constituer le dossier d'où sortira la réhabilitation de la taille de Franco.

Cette opération est, du reste, acceptée maintenant à l'étranger. En Russie, Assendelft (1), sur 74 cas de sa pratique à Witoschkino, n'a que 2,7 morts pour 0/0. Dulles, en Amérique, sur 478 cas n'enregistre que 3 morts. Schmitz, sur 41 cas, n'observe que deux lésions du péritoine. Ainsi 593 cas, recueillis dans les statistiques de trois chirurgiens, donnent 7 morts, c'est-à-dire une mortalité de 1,18 0/0. Nous pensons qu'un chiffre aussi respectable d'épicystotomies peut entrer en ligne de compte sans exposer à des erreurs d'interprétations trop sérieuses. Quelle est donc alors l'opération chirurgicale grave qui donne de semblables résultats : 1 0/0 de mortalité, mais c'est dire que la taille de Franco réussit toujours avec les perfectionnements modernes.

(1) *Archiv. fur Klinische Chirurgie*, S. 153, 1887.

MÉDECINS-CONSEILLERS D'ARRONDISSEMENT. — M. le Dr L. ROBUCHON vient d'être élu conseiller d'arrondissement pour le canton de l'île Dieu (Vendée).

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr DANNER, médecin-adjoint, est nommé médecin audit lycée, en remplacement de M. le Dr Charcellay, démissionnaire, et nommé médecin honoraire.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — M. LICHT, médecin aide-major de 2e classe, au 4e régiment de chasseurs, a été désigné pour le 8e régiment de même arme, par permutation avec M. le médecin aide-major de 2e classe Foubert.

TÉRATOLOGIE

Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques ;

Par **BOURNEVILLE** et **SOLLIER**.

En recherchant les anomalies des organes génitaux que présentent les idiots avec ou sans épilepsie, nous n'avons pas la prétention de signaler un fait nouveau et que tous ceux qui se sont occupés des dégénérés connaissent bien. Mais avec quelle fréquence ces anomalies se présentent-elles, quelles sont celles qui sont prédominantes ? voilà ce qu'il nous a paru intéressant de rechercher. Nos observations, tout à fait personnelles, ont porté sur 728 idiots ou épileptiques plus ou moins imbéciles ou déments, du service des Enfants de Bicêtre.

Pour plus de simplicité, nous avons dressé les deux tableaux ci-après, nous réservant de tirer ensuite les conclusions qu'ils comportent. Dans le premier, nous avons rangé les idiots, ayant atteint l'âge de la puberté; dans le second, ceux au-dessous de cet âge, c'est-à-dire 13 ans environ. Dans chacun des deux, nous avons placé les idiots d'abord, les épileptiques ensuite. Empressons-nous de dire que l'époque que nous assignons à la puberté est celle des individus normaux et n'est nullement applicable à la plupart des idiots. Chez ceux-ci, en effet, on observe très fréquemment un retard quelquefois considérable dans leur évolution sexuelle. Ce retard de la puberté pourrait presque figurer à côté des anomalies des organes génitaux, mais il touche plus à la physiologie qu'à l'anatomie et nous voulons nous occuper exclusivement ici de l'état anatomique de l'appareil sexuel mâle chez les dégénérés.

Suivant que l'anomalie est légère, ou, au contraire, très marquée, nous nous sommes servis, dans nos tableaux, de petites lettres ou de majuscules. Quant aux degrés d'atrophie que présente le testicule chez beaucoup de ces sujets, nous avons été obligés de recourir à des comparaisons approximatives, telles que des pois, des noisettes, quoique ces comparaisons vulgaires ne nous satisfassent qu'imparfaitement.

PREMIER TABLEAU

Numéros.	Noms.	Ages.	Diagnostic.	Phimosis.	Hypospadias.	Varicocèles.	Arrêt de dévelop. d'un testicule.	Arrêt de dévelop. des deux testicules.	Ectopie unilatérale	Ectopie double.	Hernies.	Anomalies de la verge.	OBSERVATIONS.
1	Benn....	16	Imbécillité.	p	—	—	—	Noisette.	—	—	—	—	—
2	Cir....	15	Imbécillité.	—	—	—	D	—	—	—	—	—	Le testicule droit a la grosseur d'un haricot, le gauche d'un œuf de pigeon.
3	Dup....	22	Imbécill. Manie.	—	—	—	d	—	—	—	—	—	—
4	Detw....	20	Imb. Instab.	—	h	—	—	—	—	—	—	—	—
5	Gam....	15	Hystérie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
6	Alva....	17	Instabilité.	—	—	—	G	—	—	—	—	—	Le testicule gauche a la grosseur d'une noisette ; le droit d'une grosse olive.
7	Fleur...	18	Imbécillité.	—	—	—	D	—	—	—	—	—	—
8	Opra....	29	Id. crétinoïde.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	Le prépuce est disposé en tire-bouchon.
9	Jouss....	13	Imbécillité.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10	Kreu....	17	Imb. Mélancolie.	—	—	—	G	—	—	—	—	—	—
11	Mart....	19	Imb. prononcée	—	h	—	—	—	—	—	—	—	—
12	Mey....	22	Imbecillité.	—	—	—	G	—	—	—	—	—	Le test. gauche est gros comme une noisette ; le droit comme un œuf de pigeon.
13	Pins....	17	Atrophie cérébr.	—	—	—	—	Haricot.	—	—	—	—	—
14	Vign....	19	Instabilité.	—	—	—	—	—	—	—	g	—	La hernie est congénitale.
15	Meun....	15	Idiotie. Chorée.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
16	Plais....	13	Instabilité.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
17	Pinç....	14	Id. Hémiplégie.	—	—	—	—	—	D	—	—	—	Le testicule droit n'est pas du tout senti.
18	Pet....	13	Idiotie. Chorée.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—
19	Pech....	14	Idiotie idiopath.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
20	Del....	14	Imbécillité.	p	—	—	—	—	—	—	—	—	—
21	Gui....	13	Idiotie.	P	—	—	—	Noisette.	—	—	—	—	—
22	Gaut....	14	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules sont retenus à l'anneau, mais peuvent descendre.
23	Hav....	18	Idiotie symptom.	—	—	—	D	—	—	—	—	—	—
24	Mass....	13	Idiotie congén.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	Le méat est circulaire et non allongé.
25	Milla....	14	Idiotie. Hémipl.	—	—	—	—	—	D	—	—	V	La verge est en battant de cloche.
26	Gay....	13	Imbécill. congén.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	Horn... (Jean)..	16	Imbécillité.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
28	Deth....	18	Idiotie.	—	H	—	—	—	—	—	—	—	Voir la *figure* 32.
29	Lép....	18	Imbécillité.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	Les testicules ne sont sentis nulle part.
30	Adel....	21	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	V	Les testicules ne sont pas sentis. Verge en battant de cloche.
31	Bois....	15	Hémiplég. spasm. gauche.	—	—	—	G	—	—	—	—	—	L'arrêt de développement du testicule s'est fait du même côté que l'hémiplégie.
32	Angou....	27	Imbécillité.	—	H	—	D	—	—	—	g	—	Hypospadias pénien.
33	Robin....	13	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	v	Testicule gauche à l'anneau. Verge en battant de cloche.
34	Hans....	13	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
35	Picar....	16	Idiotie.	—	H	—	—	—	—	—	—	—	—
36	Delt....	16	Idiotie.	—	—	—	—	—	D	—	—	—	—
37	Hor..., Const.	14	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
38	Chambel....	13	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
39	Weis....	15	Idiotie.	—	—	—	—	—	G	—	—	—	—

PREMIER TABLEAU (*Suite*).

Numéros.	Noms	Ages.	Diagnostic.	Phimosis.	Hypospadias.	Varicocèles.	Arrêt du développ d'un testicule.	Arrêt du développ. des deux testicules,	Ectopie unilatérale.	Ectopie double.	Hernies.	Anomalies de la verge.	OBSERVATIONS.
40	Lebr...	15	Idiotie.	P	—	—	G	—	—	—	—	—	—
41	Duma...	15	Imbécillité.	—	—	—	—	—	G	—	—	—	Le testicule est à l'anneau.
42	Théné...	24	Id. crétinoide.	—	—	—	—	Noisette.	—	—	—	—	—
43	Brege...	17	Instabilité.	—	H	—	—	—	—	—	—	—	—
44	Sim..., Marius.	20	Instabilité.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
45	Dubill...	15	Idiotie.	—	H	—	—	—	—	E	—	v	Hypospadias pénien. Verge en massue.
46	Court...	20	Instabilité.	—	H	—	—	—	—	—	—	—	—
47	Goss...	13	Idiotie.	—	—	—	—	Noisette.	—	—	—	—	—
48	Frèderi...	15	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
49	Garg...	20	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
50	Lemass...	13	Imbécillité.	p	—	—	—	—	—	—	—	—	—
51	Levau...	13	Instabilité.	—	—	—	—	Haricot.	—	—	—	—	Méat très étroit.
52	Musel...	16	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
53	Roq...	15	Idiotie.	p	—	—	—	—	—	—	—	—	—
54	Baill...	20	Idiotie.	p	—	—	—	—	—	—	—	—	—
55	Comm...	22	Imbécillité.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
56	Bern...	19	Epil. Imbécillité.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
57	Bland...	17	Epil. idiotie.	—	—	vg	—	Noisette.	—	—	—	—	—
58	Bru...	13	Epilepsie.	—	—	—	—	Noisette.	—	—	—	—	Les testicules remontent à l'anneau.
59	Berl...	13	Epilepsie.	—	—	—	—	Noisette.	—	—	—	—	—
60	Héber...	15	Epilepsie.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
61	Despag...	15	Epilepsie.	—	—	vg	G	—	—	—	—	—	—
62	Blo...	16	Epilepsie.	—	—	—	—	—	G	—	—	—	Le testicule est dans le canal.
63	Krem...	16	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
64	Parmen...	14	Epil. idiopath.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
65	Scotti...	12	Epilepsie.	P	—	—	—	Haricot.	—	—	—	—	—
66	Auberg...	16	Epilep. symptom.	—	H	vg	—	—	—	—	—	—	—
67	Cheurl...	46	Epil. idiopath.	—	—	—	G	—	—	—	—	—	—
68	Cheval...	42	Epil. idiopath.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
69	Baudoui...	17	Idiotie Epilep.	—	H	—	G	—	—	—	—	—	Le testicule droit est 1/2 plus gros que le gauche.
70	Bussel...	14	Epilepsie.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
71	Bomp...	17	Epilepsie.	p	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
72	Bedea...	35	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
73	Bauni...	28	Epilepsie.	p	—	—	—	—	—	—	—	—	—
74	Decau...	36	Epilepsie.	—	—	—	—	—	G	—	—	—	—
75	Dubreu...	18	Epilepsie.	p	—	—	—	—	—	—	—	—	—
76	Demyttem...	16	Epilepsie.	—	—	—	—	—	D	—	—	—	—
77	Div...	34	Dpilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	g	—	Hernie inguinale.
78	Dorla...	41	Epilepsie.	—	—	—	D	—	—	—	—	—	Le testicule gauche est du volume d'une grosse noix ; le droit, de celui dune amande.
79	Féti...	14	Epil. Idiotie.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	Etroitesse du méat.
80	Ferr...	19	Epil. Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
81	Fourn...	30	Epilepsie.	—	—	—	—	—	—	—	g	—	—
82	Gauth...	24	Epilepsie.	—	—	—	—	—	—	—	—	v	Verge en massue.
83	Guineh...	29	Epilepsie.	—	—	vg	G	—	—	—	—	—	Le testicule droit est gros comme un œuf de poule et le gauche comme un œuf de pigeon.
84	Hagn...	20	Epilepsie.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	Hydrocèle double.
85	Jacquem...	35	Epilepsie.	P	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
86	Lepelle...	23	Epil. Idiotie.	—	h	vg	—	—	—	—	—	—	—
87	Leche...	13	Epil. sympt.	—	H	—	—	—	—	—	—	—	—
88	Liabau...	17	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
89	Lacro...	20	Epil. Idiotie.	—	—	—	D	—	—	—	—	—	Le testicule gauche est gros comme un œuf de poule et le droit comme un œuf de pigeon.
90	Lamon...	18	Epilepsie.	—	H	—	—	—	—	—	—	—	—
91	Math...	12	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
92	Monneh...	18	Epilepsie.	P	—	—	—	Noisette.	—	—	—	—	—
93	Janss...	14	Epil. Idiotie.	—	—	—	D	—	—	—	—	—	—
94	Dara...	42	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
95	Lelon...	15	Epilepsie.	—	—	vd	—	—	—	—	—	—	Varicocèle prononcé des deux côtés.
96	Riott...	49	Epil. idiopath.	—	—	—	—	—	—	—	d	—	Hernie inguinale.
97	Salana...	60	Epil. idiopath.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
98	Tribou...	27	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
99	Vautie...	44	Epilepsie.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
100	Segui...	45	Epilepsie.	—	—	vg	—	—	—	—	d	—	—
101	Gonell...	15	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
102	Loui...	13	Epil. idiopath.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
103	Grar...	24	Epilepsie.	—	—	vd	—	—	—	—	—	—	Varicocèle double.
104	Giv...	23	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
105	Batt...	37	Epil. idiopath.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
106	Berte...	31	Epil. idiopath.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—

PREMIER TABLEAU (*Suite*).

Numéros.	Noms.	Ages.	Diagnostic.	Phimosis.	Hypospadias.	Varicocèles.	Arrêt de dévelop. d'un testicule.	Arrêt de dévelop. des deux testicules.	Ectopie unilatérale.	Ectopie double.	Hernies.	Anomalies de la verge.	OBSERVATIONS.
107	Bertra..., Chr .	15	Epilepsie.	p	—	—	—	—	—	—	—	—	—
108	Vanderag... . .	13	Epilepsie.	—	—	—	—	—	|	E	—	—	—
109	Bouv...	16	Epilepsie.	—	—	–	—	Haricot.	—	—	—	—	—
110	Bill...	14	Epilepsie.	—	—	—	—	Haricot.	—	—	—	—	—
111	Ben...	17	Ep. Instabilité.	—	—	vg	—	Noisette.	—	—	—	—	—
112	Cabo....	17	Ep. hémiplég.	p	—	—	—	—	—	—	—	—	—
113	Chiq....	14	Ep. idiopathiq.	P	—	—	—	—	—	—	—	V	Le prépuce est entièrement adhérent au gland.
114	Chrét...	19	Ep. symptom.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	La verge est déviée à droite. le gland est en massue.
115	Girar...	13	Epilepsie.	—	—	vg	—	—	—	—	—	—	—
116	Gui...	13	Epilepsie.	—	—	—	G	—	—	—	—	—	—
117	Cress...	18	Ep. idiopath.	P	—	—	G	—	—	—	—	—	—
118	Halb	17	Epilepsie.	—	—	.	D	—	—	—	d	—	—
119	Mona...	14	Idiotie. Epilepsie	—	—	—	—	—	—	E	—	—	Les testicules ne sont pas du tout sentis.
120	Lavi...	17	Hystéro-épilep.	—	—	vd	—	—	—	—	—	—	—
121	Lefeb...	14	Ep. Débilité.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
122	Mérit...	17	Ep. hémipl. dr.	—	—	—	G	—	—	—	—	—	—
123	Mett...	16	Ep. idiopath.	—	—	vg	—	Noisette.	—	—	—	V	Varices très prononcées de la verge. Le testicule gauche est encore plus atrophié que le droit.
124	Reg...	17	Ep, hémipleg.	—	—	vg	-	—	—	—	—	—	—
125	Ren...	15	Ep. idiopath.	—	—	—	D	—	—	—	—	—	Le testicule droit est moins descendu.
126	Mor...	16	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
127	Crép....	14	Ep. Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
120	Le Ro..	13	Ep. Imbécillité.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
129	Bout....	19	Ep. Imbécillité.	—	—	vg	G	—	—	—	—	—	—
130	Taes....	13	Ep. Imbécillité.	—	h	—	—	—	—	E	—	—	Les testicules ne peuvent être sentis. Le méat est rétréci par une bride et ses lèvres sont partiellement soudées.

DEUXIÈME TABLEAU

Numéros.	Noms.	Ages.	Diagnostic.	Phimosis.	Hypospadias.	Varicocèles.	Arrêt de dévelop. d'un testicule.	Arrêt de dévelop. des deux testicules.	Ectopie unilatérale	Ectopie double.	Hernies.	Anomalies de la verge.	OBSERVATIONS.
1	Gren... . . .	12	Idiotie.	P	—	—	D	—	—	E	—	—	La verge est très petite.
2	Malfil... . . .	11	Imbécillité.	—	—	—	—	—	ed	—	—	—	Le testicule droit ectopié peut descendre.
3	Mysb...	8	Idiotie.	—	H	—	—	—	eg	—	—	—	—
4	Math...	8	Idiotie congén.	P	—	—	—	Pois.	—	E	—	—	Les testicules sont sentis à l'anneau.
5	Quant.	9	Imbécillité.	—	—	—	—	—	ed	—	—	—	Le testicule ectopié est un peu au-dessous de l'anneau.
6	Rob....	9	Idiotie congén.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	On ne sent pas les testicules.
7	Terr....	5	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
8	Breni...	10	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
9	Tab....	3	Microcéphalie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
10	Chrét...	5	Imbécil. Instab.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
11	Cœur...	11	Idiotie.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—
12	Gauth...	12	Idiotie.	—	—	—	—	Pois.	—	E	—	—	On sent les testicules à l'anneau.
13	Gagnep. . . .	10	Idiotie.	—	—	—	—	—	Ed	—	—	—	On ne sent pas le testicule ectopié. Il y a deux ans le gauche était également ectopié.
14	Guich...	4	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—		—	—
15	Hur.	7	Idiptie.	P		—		—	—	—			On sent les testicules à l'anneau.
16	Heur...	12	Idiotie.	—	—	—		—	Eg	—		—	On ne sent pas le testicule du tout.
17	Lefèb...	12	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	On sent le testicule droit à l'anneau.
18	Mom...	10	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	V	V	Verge en battant de cloche (*figure* 33). Les testicules ne sont sentis nulle part.
19	Pen...	9	Idiotie.	P	—	—	—	Pois.	ed	—	—	—	Le testicule droit est moins descendu que le gauche.
20	Dup.. Marius.	6	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	Les testicules ne sont pas du tout sentis.
21	Pig...	6	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	On sent un peu le testicule gauche au canal.
22	Cur...	8	Idiotie symptom.	P	—	—	—	—	—	E	—	V	On sent un peu le testicule gauche à l'anneau. Verge en battant de cloche.
23	Miq...	4	Idiotie congén.	P	—	—	—	—	—	E		—	Les testicules ne sont pas du tout sentis.
24	Pug...	3	Id. microcéphal.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—
25	Bert...	5	Idiotie.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—

DEUXIÈME TABLEAU (*Suite*).

Numéros.	Noms.	Ages.	Diagnostic.	Phimosis.	Hypospadias.	Varicocèles.	Arrêt du développ. d'un testicule.	Arrêt de développ. des deux testicules.	Ectopie unilatérale.	Ectopie double.	Hernies.	Anomalies de la verge.	OBSERVATIONS.
26	Bign...	4	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
27	Mig...	9	Idiotie.	P	—	-	—	Pois.	—	—	—	—	—
28	Char...	7	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	On ne sent pas les testicules à l'anneau.
29	Bertr...	5	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules peuvent descendre.
30	Lorr...	9	Idiotie.	—	—	—	—	—	Eg	—	—	—	—
31	Her...	10	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules sont retenus à l'anneau.
32	Hu...	11	Idiotie.	—	—	—	—	—	Ed	—	—	—	
33	Le Hou...	10	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	Les testicules ne sont pas sentis.
34	Rob...	8	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
35	Naud...	9	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	V	Verge extrêmement petite.
36	Porcheron...	6	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	e	—	—	On sent le testicule droit à l'anneau.
37	Bert...	3	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
38	Dufos...	7	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	e	—	—	On sent le testicule droit à l'anneau.
39	Guy..., Laur.	7	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
40	André...	7	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
41	Ada...	6	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
42	Lemoi...	10	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
43	Stoff...	6	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	e	—	—	Le testicule droit est senti à l'anneau.
44	Vouil...	10	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
45	Ether...	10	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules sont sentis à l'anneau.
46	Bill...	9	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
47	Charret...	4	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules sont sentis à l'anneau.
48	Dav...	9	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
49	Ranv...	11	Idiotie.	—	—	—	D	—	Eg	—	hg	—	On ne sent pas le testicule.
50	Ler..., Arm.	6	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
51	Voise...	9	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
52	Faiv...	9	Imbécillité.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	On sent le testicule droit à l'anneau.
53	Dum...	11	Imbécillité.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
54	Font...	7	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
55	Lefer...	12	Idiotie.	—	—	—	—	—	Eg	—	—	—	On ne sent pas le testicule.
56	Blac...	8	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
57	Sienk...	10	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
58	Clouz...	3	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
59	Bau...	9	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
60	Corb...	8	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
61	Deros...	5	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
62	Dourch...	8	Idiotie.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—
63	Etien...	5	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
64	Jui...	9	Imbécillité.	—	—	—	G	—	—	—	—	—	Le testicule droit est 1/3 plus gros que le gauche.
65	Lam...	12	Imbécillité.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
66	Quen...	10	Imbécillité.	O	—	—	—	—	—	—	—	—	—
67	Goz...	10	Imbécillité.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
68	Baill...	10	Imbécillité.	—	—	—	D	—	Eg	—	—	—	On ne sent pas le testicule.
69	Lerou...	2	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
70	Dio...	5	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
71	Bress...	«	Idiotie.	—	H	—	—	—	—	e	—	—	Le testicule droit est à l'anneau.
72	Teill...	12	Imbécillité.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	Son frère jumeau a également un hypospadias.
73	Lecou...	11	Idiotie.	P	H	—	—	—	—	—	—	—	—
74	Mond...	5	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
75	Pelt...	4	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
76	Treps...	1 1/2	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	—	h	—	—
77	Vaut...	8	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
78	Ren...	4	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
79	March...	8	Idiotie.	—	—	—	—	—	ed	—	—	—	—
80	Pruv...	8	Idiotie.	—	—	—	—	—	eg	—	—	—	Le testicule gauche est à l'anneau.
81	Talle...	10	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
82	Ducou...	12	Idiotie.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—
83	Assass...	6	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
84	Hutr...	5	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85	Degra...	5	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
86	Ram...	5	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	e	—	-	Les testicules sont sentis à l'anneau.
87	Moe...	10	Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
88	Espen...	10	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
89	Sem...	7	Imbécillité.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90	Faur...	9	Idiotie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
91	Corb...	6	Idiotie.	—	—	—	—	—	eg	—	—	—	Le testicule est senti à l'anneau.
92	Mav...	11	Epilep. Imbéc.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	—
93	Dum...	6	Epilep. Imbéc.	—	—	—	—	—	—	e	—	—	Le testicule droit est à l'anneau.
94	Laver...	11	Epilep. Imbéc.		—	—	G	—	Ed	—	—	—	—
95	Guit...	7	Epilep. Idiotie.		—	—	—	—	—	e	—	—	Le testicule gauche est à l'anneau.
96	Doist...	12	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	Les testicules ne sont pas sentis.
97	Choin...	12	Epilepsie.	—	—	—	G	—	—	—	—	—	—

DEUXIÈME TABLEAU (*Suite*).

Numéros.	Noms.	Ages.	Diagnostic.	Phimosis.	Hypospadias.	Varicocèles.	Arrêt du développ. d'un testicule.	Arrêt de développ. des deux testicules.	Ectopie unilatérale.	Ectopie double.	Hernies.	Anomalies de la verge.	OBSERVATIONS.
98	Lacom.... . . .	8	Epilep. Idiotie.	—	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules à l'anneau peuvent descendre.
99	Rén...	9	Epilep. Idiotie.	P	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules sont sentis à l'anneau.
100	Dol...	7	Epilepsie.	—	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules sont sentis à l'anneau.
101	Duf	9	Epilepsie.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—
102	Heur....	12	Epilepsie.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—
103	Hults...	12	Epilep. Hémiplég.	P	—	—	—	Haricot.	—	—	—	—	—
104	Boutr...	20	Epilepsie.	—	—	—	—	Haricot.	—	—	—	—	—
105	Bourb...	10	Epilepsie.	P	—	—	G	—	—	—	—	—	Phimosis par adhérences du prépuce.
106	Lefauch... . . .	7	Epilepsie,	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
107	Villeq...	12	Epilepsie.	—	—	—	—	Haricot.	—	—	—	—	—
108	Sout....	4	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	c	—	—	Les testicules sont sentis à l'anneau.
109	Boulan	7	Epilep. Imbée.	—	—	—	—	—	ed	—	—	—	Le testicule est à l'anneau.
110	Groul...	7	Epilepsie.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	—
111	Ferre..	6	Epilep. Idiotie	P	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules sont au-dessous de l'anneau.
112	Monteon.... .	9	Epilep. Idiotie.	—	—	—	—	—	—	e	—	—	Les testicules sont à l'anneau.
113	Charm.... . . .	7	Epilep. Idiotie.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	Les testicules sont dans le canal inguinal.
114	Demang... . . .	12	Epilep. Idiotie.	—	—	—	D	—	—	—	—	—	—
115	Baur....	8	Epilepsie.	—	—	—	—	—	ed	—	—	—	—
116	Fav....	9	Epilepsie.	—	—	—	—	Noisette.	—	—	—	—	—
117	Fourn... . . .	7	Idiotie. Epilep.	P	—	—	—	—	—	e	—	—	Testicules à peine descendus. Méat circulaire, punctiforme.
118	Pil...	8	Epil. Imbécill.	—	—	—	—	Pois,	—	—	—	—	—
119	Taup... Henri.	8	Epil. Imbécill.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—
120	Amb....	10	Epilepsie.	—	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—
121	Co....	3	Epil. Débilité.	P	—	—	—	—	—	—	—	—	Le phimosis est produit par des adhérences.
122	Clein.	8	Idiotie. Epilep.	—	—	—	—	—	Ed	—	—	—	Le testicule droit n'est pas senti du tout, mais le gauche est à l'anneau.
123	Laumai	9	Epil. Imbécill.	—	—	—	—	Haricot.	—	—	—	—	—
124	Durenb... . . .	12	Idiotie. Epilep.	—	—	—	—	—	—	E	—	—	Les testicules ne sont pas sentis.
125	Pamph.... . . .	12	Epil. Imbécillité.	—	—	—	—	Noisette.	—	—	—	V	Verge en battant de cloche.
126	Ga...	12	Epilepsie.	—	—	—	—	—	—	c	—	—	Les testicules sont sentis à l'anneau.
127	Bru...	9	Idiotie. Epilep.	—	—	—	—	—	Eg	—	—	—	Le testicule gauche n'est pas senti.
128	Barb	8	Idiotie. Epilep.	P	—	—	—	—	—	E	—	—	—
129	Germ...	11	Epilep. Imbéc.	P	—	—	—	Pois.	Ed	—	—	—	Le testicule droit n'est pas senti.
130	Gasteb.... . .	9	Epilep Imbéc.	P	—	—	—	Pois.	—	—	—	—	—

Nos recherches ont porté sur 728 sujets qui peuvent être rangés dans les catégories suivantes :

A. Sujets au dessus de 13 ans.
1° 172 idiots, imbéciles ou débiles sans épilepsie.
2° 333 — — — avec épilepsie.
B. Sujets au dessous de 13 ans.
3° 164 idiots, imbéciles ou débiles sans épilepsie.
4° 59 — — — avec épilepsie.

Les anomalies qu'ils présentent sont de divers ordres : *phimosis*, *hypospadias*, *varicocèle*, *arrêts de développement* ou *atrophie* d'un ou deux testicules, *ectopie unilatérale* ou *bilatérale des testicules*, auxquelles on peut ajouter les *hernies*, rares, du reste, et certaines particularités que présente la conformation de la *verge*. Cette dernière offre, en effet, dans un certain nombre de cas, une forme toute spéciale que nous ne pouvons mieux comparer qu'à un *battant de cloche* ou à une *massue* et dont le dessin, qui se rapporte à un de nos sujets, donnera mieux l'idée que ce que nous en pourrions dire. En peu de mots, elle est constituée par un développement exagéré du gland par rapport à la verge (*fig*.33).

On trouve aussi quelquefois un *méat urinaire* formé d'un orifice circulaire, punctiforme même et situé juste au centre du gland. Nous avons noté ces particularités dans la colonne *Observations*. Il nous est impossible dans les cas où le testicule présente une petitesse extrême, de dire s'il y a eu atrophie ou arrêt de développement. Quoique nous nous arrêtions de préférence à cette dernière opinion, il faudrait avoir suivi depuis leur jeunesse ces enfants pour pouvoir l'affirmer.

Afin de se rendre compte de la fréquence considérable des anomalies chez les idiots et les épileptiques, il est nécessaire de connaître leur fréquence chez les individus normalement conformés au point de vue intellectuel.

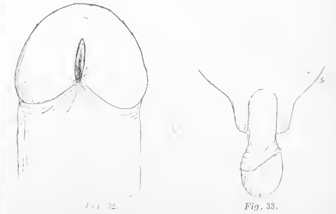


Fig. 32. *Fig*. 33.

Nous avons été forcés de nous en rapporter aux statistiques fournies par les auteurs.

Nous n'avons pas trouvé signalé le degré de fréquence du phimosis. Mais on sait que normalement la plupart des enfants en présentent dans les premières années. Ce n'est que lorsqu'il est très serré ou qu'il persiste après la puberté qu'il peut être considéré comme une anoma-

lie. C'est dans ce cas seulement que nous l'avons noté et il nous a paru beaucoup plus fréquent que chez les individus bien constitués.

L'*hypospadias* se présente environ une fois sur trois cents individus. Le *varicocèle* est rare avant dix ans; son maximum de fréquence est de quinze à vingt-cinq ans. D'après les recherches d'Horteloup, on le rencontrerait 3 fois sur 1.000 et 858 fois du côté gauche.

L'*atrophie congénitale* est peu connue. Elle peut disparaître au moment de la puberté et avec l'exercice des fonctions génitales. Il sera intéressant d'observer ce qui se passera chez nos jeunes sujets qui en présentent lorsqu'ils arriveront à cette période (1).

Sur 1.000 individus, on en trouve en moyenne un atteint d'*ectopie unilatérale* avec une fréquence à peu près égale pour l'un et l'autre côté. L'*ectopie bilatérale* n'existe qu'une fois sur 10.000 individus. La plus fréquente de toutes les variétés est l'ectopie inguinale, 30 fois sur 44 cas; puis viennent l'ectopie abdominale, l'ectopie cruro-scrotale, périnéale et crurale.

Nous n'avons pas rencontré dans les classiques rien qui ait rapport à la disposition que nous avons signalée sous le nom de verge en battant de cloche, ou en massue.

Pour donner immédiatemennt une idée de la fréquence extrême des anomalies de l'appareil génital masculin chez nos sujets, disons tout de suite que sur les 728 individus examinés, 262 nous en ont présenté soit isolées, soit associées à d'autres. Mais il serait insuffisant de s'en tenir à ce chiffre quelque éloquent qu'il soit, et nous pourrons tirer d'un examen plus approfondi des anomalies qui se rencontrent dans les différentes catégories de malades établies plus haut, certaines données intéressantes.

Si nous examinons la première catégorie composée de 172 idiots, imbéciles ou débiles, nous en rencontrons 55 frappés d'anomalies, soit 31,97 0/0, proportion véritablement considérable. Au point de vue de leur fréquence relative, nous trouvons: 19 *phimosis*, dont six sont relativement peu serrés; — 6 *hypospadias balaniques*, dont deux légers et 2 *péniens*; — 10 *atrophies testiculaires*, cinq portant sur le testicule droit, cinq sur le gauche; — 7 *atrophies doubles* des testicules, dont le volume variait de la grosseur d'un haricot à celui d'une noisette; — 3 *ectopies du testicule droit* dans lesquelles il est permis de voir une véritable monorchidie, étant donné l'âge des sujets, et l'impossibilité de sentir en quelque endroit que ce soit la glande séminale et 2 du *testicule gauche*; — 10 *ectopies doubles*, dont un cas où les testicules pouvaient descendre, mais étaient ordinairement retenus à l'anneau inguinal; — un cas de *hernie congénitale inguinale gauche* et une non congénitale; — enfin, quatre cas de *verge en battant de cloche* et 2 *varicocèles* gauches.

La proportion des anomalies de la seconde catégorie de sujets est moins considérable, quoique encore fort respectable, puisqu'elle atteint 22,22 0/0 (74 cas d'anomalies sur 333 sujets). Ces diverses anomalies se décomposent ainsi: 27 *phimosis*, dont neuf légers; — six *hypospadias*, dont 2 peu accusés; — 21 *varicocèles gauches, un droit* et 2 *doubles*; — 13 *atrophies testiculaires*, dont huit à gauche et cinq à droite; — 9 *atrophies bilatérales*; — 5 *ectopies doubles* et 1 gauche; — 3 unilatérales, dont deux gauches et une droite; — 4 *hernies inguinales droites*; — un cas de *varices de la verge*; 2 cas de *verge en massue*.

Comme on le voit, les anomalies sont moins fréquentes chez les épileptiques présentant plus ou moins de débilité mentale ou d'imbécillité, mais en tous cas moins profondément dégénérés dans l'ensemble que les idiots de la première catégorie. Le phimosis y est en particulier moins fréquent. L'atrophie testiculaire s'y rencontre aussi dans une bien moindre proportion; mais où la différence s'accuse, c'est pour l'ectopie testiculaire qui, au lieu de quinze fois, ne se présente plus que huit fois, c'est-à-dire varie de 8,72 0/0 à 2,44 0/0, en passant d'une catégorie à l'autre. Il est intéressant de noter cette inégalité dans les aptitudes sexuelles aux différents degrés de la dégénérescence physique et intellectuelle, et il est à regretter, au point de vue social, qu'elle ne soit pas moins atténuée encore chez les épileptiques. Sans vouloir y attacher une grande importance, faisons remarquer cependant que le varicocèle ne s'est guère rencontré que chez les épileptiques, où sa proportion s'est élevée à 7,27 0/0, alors que chez les individus normaux elle est, comme nous l'avons vu plus haut, de 3 0/0 seulement. Nous ne croyons pas que dans l'étiologie si variée qu'on invoque pour expliquer la production du varicocèle, on ait jamais signalé cette particularité que la dégénérescence physique, sinon l'épilepsie par elle-même, constitue une prédisposition à acquérir cette infirmité.

Passons maintenant à nos malades de la troisième catégorie, idiots, imbéciles et débiles sans épilepsie et n'ayant pas encore atteint 13 ans. Sur 64 de ces jeunes malades, 91 nous offrent les anomalies que nous venons déjà de rencontrer, soit 55,40 0/0, c'est-à-dire plus de la moitié sont mal conformés. En décomposant ces chiffres, nous arrivons aux résultats suivants: 41 *phimosis*, dont 4 légers; — 3 *hypospadias* peu accusés; — 3 *atrophies testiculaires droites* et 1 *gauche*; — 9 *atrophies doubles*; — 14 *ectopies testiculaires unilatérales*, dont 6 à droite et 8 à gauche, et dans sept desquelles il était impossible de sentir nulle part le testicule, 48 *ectopies testiculaires bilatérales*, dont 39 où on ne pouvait sentir les testicules; — deux cas de *verge en battant de cloche.*

Remarquons le nombre considérable des ectopies testiculaires. Dans l'immense majorité des cas, on peut même se demander s'il y a anorchidie véritable, ou simplement cryptorchidie. Nous nous rattachons à cette dernière idée et nous pensons qu'il y a ectopie abdominale et que dans beaucoup de cas, au moment de la puberté, on verra descendre les testicules. Le cas du n° 13 du 2e tableau est bien fait pour nous engager à le croire. En effet, ce malade qui, il y a deux ans présentait une ectopie testiculaire double, n'a plus aujourd'hui que le testicule droit qui soit encore retenu dans l'abdomen et il est probable qu'un jour ou l'autre il des-

(1) Nous notons deux fois par an depuis plusieurs années les changements qui surviennent chez nos malades au point de vue de la *puberté*, du *poids* et de la *taille* (B.).

cendra également dans les bourses. Ce serait donc à tort qu'on jugerait, d'après les chiffres bruts fournis par la première et la troisième catégorie, et pour saisir l'inégalité qui existe dans la proportion des anomalies chez ces deux catégories de sujets qui ne diffèrent entre eux que par leur âge, il suffit d'observer que ceux de la première ont dépassé l'âge normal de la puberté, si tous ne sont pas pour cela pubères, tandis que ceux de la troisième ne l'ont pas encore atteint et qu'il n'est pas étonnant de rencontrer chez eux un retard de développement considérable, surtout pour des organes qui, normalement, ne sont pas encore arrivés à leur complet développement à cette époque.

Enfin, dans notre dernière catégorie, la proportion des anomalies dépasse toutes les autres et atteint 67,79 0/0. Sur 59 sujets atteints d'épilepsie avec idiotie ou imbécillité, 40 présentent en effet des anomalies génitales, qui, isolées ou associées, se divisent ainsi : 13 *phimosis*, dont deux légers; 13 *atrophies testiculaires doubles*, pour la plupart considérables, le testicule n'atteignant que la grosseur d'un pois et 4 atrophies unilatérales; 6 *ectopies unilatérales*, dont 5 à droite et 1 à gauche; 15 *ectopies doubles*, dont 5 abdominales, les testicules n'étant perçus nulle part; enfin, un cas de *verge en battant de cloche*. Notons que deux fois le phimosis a été produit par une adhérence complète du prépuce avec le gland.

La moyenne de 67,79 0/0 que nous trouvons ici paraît en contradiction avec ce que nous disions plus haut, et ce que les chiffres d'ailleurs indiquaient, à savoir que les épileptiques présentant un certain degré de débilité mentale, offraient moins d'anomalies que les idiots complets sans épilepsie, parce qu'ils étaient moins dégénérés que ces derniers. Dans la comparaison des deux dernières catégories, nous observons le contraire. Nous croyons que cette contradiction n'est qu'apparente, car les choses, dans les deux cas, dans la deuxième et la quatrième catégorie, ne sont pas comparables. En effet, dans la première catégorie de nos sujets, la plupart sont des sujets où l'épilepsie n'est apparue que vers l'âge de 10 à 20 ans, et dont la faiblesse intellectuelle, quelquefois nulle ou peu marquée avant l'apparition des accès, n'en a été que la conséquence. Au contraire, nos épileptiques de la dernière catégorie ne leur sont en aucune façon comparables. Loin d'avoir jamais présenté un certain développement physique et intellectuel, entravé plus tard par les accès comitiaux, l'épilepsie est venue les surprendre dès leur jeune âge, quelquefois dans leur première année, et les a pour ainsi dire immobilisés, ne se contentant plus comme dans le premier cas, d'arrêter avant terme un développement commencé, mais empêchant même ce développement de prendre son essor. Si les premiers épileptiques sont donc jusqu'à un certain point moins dégénérés que les idiots complets sans épilepsie, au contraire, les jeunes épileptiques de la dernière catégorie nous offrent le type le plus complet des dégénérés avec arrêt de développement. Il n'est donc pas surprenant de rencontrer aussi chez eux une proportion beaucoup plus forte d'anomalies que chez tous les autres. Et maintenant que conclure de ce travail?

1° Tout d'abord ce fait qui saute aux yeux que les idiots et les épileptiques débiles présentent, du côté de leurs organes génitaux, des anomalies extrêmement fréquentes, si on les compare avec ce qui se rencontre chez les individus bien équilibrés.

2° Les épileptiques qui ne le sont devenus qu'à un certain âge, et après avoir pu se développer déjà en partie, présentent beaucoup moins d'anomalies que les idiots simples. Leurs aptitudes génésiques paraissent être, malheureusement, moins atteintes aussi que chez ces derniers, si l'on en juge par le moins grand nombre de cas de cryptorchidie.

3° L'atrophie testiculaire paraît porter presque aussi fréquemment à droite qu'à gauche, quoique un peu plus de ce côté, ce qui confirme l'opinion générale des auteurs.

4° La dégénérescence physique et intellectuelle produite par l'épilepsie semble avoir une influence réelle sur la production du varicocèle, car les idiots sans épilepsie n'en présentent pour ainsi dire pas.

5° Lorsque l'épilepsie surprend l'enfant dès le début de la vie, elle produit dans tout son être un arrêt beaucoup plus marqué du développement, que lorsqu'elle survient dans l'adolescence, et cet arrêt de développement appréciable sur l'ensemble de l'individu, est des plus caractérisés du côté des organes génitaux.

6° Les idiots, avec ou sans épilepsie, présentent fréquemment une forme particulière de la verge, dite en battant de cloche ou en massue. Cette forme n'est pas acquise par la masturbation, certains des sujets qui la présentent ne s'étant jamais livrés à l'onanisme.

On sait que les dégénérés supérieurs présentent assez fréquemment aussi des anomalies génitales. Il serait intéressant de savoir dans quelle proportion, en particulier pour les anomalies qui les mettent dans l'impossibilité de se reproduire. Nous avons vu que chez les épileptiques cette impossibilité était déjà bien moins fréquente que chez les dégénérés inférieurs, et il est à craindre que chez les dégénérés supérieurs les aptitudes génésiques et reproductrices ne soient encore bien plus souvent conservées. Cette question n'offre donc pas seulement un simple intérêt de curiosité scientifique, mais plus encore peut être un intérêt social. Car il serait à désirer à tous les points de vue que les individus atteints de tares fatalement transmises et aggravées par l'hérédité fussent incapables de se reproduire. En outre, il serait certainement intéressant d'examiner ces sujets sous le rapport des modifications fonctionnelles de l'appareil génital.

D'après le *Compte-rendu sur le service du recrutement de l'armée pendant l'année* 1886, le nombre des jeunes gens admis à participer au tirage, après rectification des tableaux de recensement, s'est élevé à 306.854. Sur ce nombre, 299.270 se sont présentés au Conseil de révision. 39.760 jeunes gens ont été exemptés comme impropres à tout service. 255 ont été exemptés pour des *vices de conformation des organes urinaires* (1), 684 pour *varicocèles*, 753 pour hydrocèle et mala-

(1) L'*Instruction du Conseil de santé des armées* donne l'énumération suivante de ces vices de conformation : « L'*absence* ou l'*imperforation de l'urèthre*, l'*épispadias* et l'*hypospadias* qui ne permettent pas d'uriner sans se salir, ...l'*hermaphrodisme*... la *cirsocèle* très considérable.

dies des testicules et 122 pour maladies des voies urinaires autres que les précédentes. 1.611 atteints de *vices de conformation des organes génito-urinaires* ont été classés dans le service auxiliaire.

Si l'on fait un bloc des 255 conscrits exemptés pour des vices de conformation des organes génito-urinaires, des 584 exemptés pour varicocèles, et des 1511 conscrits classés dans le service auxiliaire, on a le total de 2,550, soit sur les 299,270 conscrits (en chiffres ronds, 300,000), 85 pour 1,000 atteints de vices de conformation des organes génito-urinaires. — Sur nos 728 malades, nous en avons rencontré 262 atteints des mêmes vices de conformation, d'où il suit que chez les idiots et les épileptiques réunis, la proportion des vices de conformation est quatre fois plus grande que sur la totalité des conscrits.

Voici maintenant, à titre de renseignement, le nombre des cas de réforme pour des maladies du système nerveux ou les autres vices de conformation : Strabisme, 286. — Sourds-muets de naissance, 368 ; — Bec de lièvre, 112 ; — Bégayement, 716 ; — Goître, 842 ; — Pieds-bots et autres incurvations des membres, 921 ; — Epilepsie, 593 ; — Convulsions, danse de St-Guy, tremblements, catalepsie, 41 ; — Crétinisme, idiotisme, imbécillité, 1,378 ; — Aliénation mentale, monomanie, manie, démence, 180 ; — Paralysie d'un ou de plusieurs membres, 193.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la contusion du pavillon de l'oreille.

Dans un précédent numéro nous avons exposé ce qui a trait à l'étiologie et aux symptômes de l'othématome; il nous reste aujourd'hui à parler de son anatomie pathologique et de son diagnostic. Plus tard nous dirons un mot du traitement.

Anatomie pathologique. — Avant la production de l'hématome, il se produit une inflammation caractérisée par la prolifération des chondrosplates, principalement de ceux qui avoisinent le périchondre. En même temps que les cellules augmentent de volume, les noyaux se segmentent et bientôt l'ancienne capsule de cartilage contient une ou plusieurs cellules qui se remplissent de granulations et subissent la dégénérescence graisseuse et se désagrègent. La substance fondamentale envahie par les granulations graisseuses se ramollit; le tissu est alors mou, friable, et augmente de volume. Dans les parties ramollies, il se développe des vaisseaux de nouvelle formation, qui, d'après l'opinion de Pareidt (1), naîtraient aux dépens des capillaires venant des vaisseaux des faces interne et externe, se ramifieraient et s'anastomoseraient dans l'intérieur du cartilage (Meyer) ou qui proviendraient des vaisseaux du périchondre, comme le croit Furstner, qui admet que le système vasculaire se termine dans le périchondre. Le cartilage peut aussi être le siège de chondromes ayant une consistance variables. S'ils ne sont pas mous, dès le début, ils ne tardent pas à le devenir. Ils présentent alors de nombreux vaisseaux qui peuvent se rompre en donnant naissance à des foyers apoplectiques contenant du sang pur, un liquide brunâtre ou une sérosité sanguinolente et même claire quelquefois.

Dans d'autres cas, on trouve dans ces chondromes mous des cavités kystiques à parois lisses ou anfractueuses, renfermant un liquide filant, albumineux et transparent. Ils sont formés de cellules cartilagineuses situées au milieu d'une substance fondamentale amorphe ou contenues dans un liquide visqueux, dû à la prolifération excessive des cellules cartilagineuses qui font subir à cette substance fondamentale une sorte de dissolution ou de fonte purulente.

(1) PAREIDT. Thèse de Halle, 1864.

A *la deuxième période*, ou période d'état, l'hématome offre à considérer un contenu et deux parois.

Le *contenu* varie suivant l'époque à laquelle on le considère. Si Fischer (1), Renaudin (2), Merland et Toynbee (3) ont pu voir au début quelques cas où il était visqueux, gluant ou plus ou moins clair, la généralité des auteurs ont trouvé qu'il contenait du sang pur se coagulant et se séparant bientôt en deux parties : l'une liquide, rougeâtre, avec tendance à devenir séreuse ; l'autre solide, formée par un caillot noir ou de couleur de gelée de groseilles. Il contient parfois des fragments cartilagineux.

La *paroi externe* est formée par la peau, le tissu cellulaire sous-jacent et quelquefois par le périchondre. Celui-ci est généralement épaissi et recouvert d'une fausse membrane fibreuse. Il peut renfermer quelques noyaux cartilagineux et même une lamelle continue de cartilage (Ducros) (4) ce qui prouve que le fibro-cartilage a été dissocié et entraîné en partie par le périchondre au moment de la formation de l'hématome. Plus tard, cette lame cartilagineuse s'épaissit, par suite de l'irritation du périchondre due à la présence du sang épanché.

La *paroi interne* est presque toujours formée par le fibro-cartilage offrant quelquefois les rugosités produites par l'altération antérieure. Cependant il arrive que le cartilage peut être détruit dans toute son épaisseur et le périchondre de la face interne du cartilage, forme la paroi interne de la poche sanguine (Castelain). Enfin il arrive que la paroi interne est formée par le périchondre lorsque la tumeur s'est formée entre celui-ci et le tissu cellulaire.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège de l'épanchement. Ainsi, au lieu d'admettre, comme nous, que l'hémathome peut se former aussi bien dans le tissu cellulaire sous-cutané qu'entre le périchondre et le fibro-cartilage ou bien dans l'épaisseur de ce dernier, Lannelongue (5) et Mabille (6) pensent que la tumeur se développe dans le tissu cellulaire sous-cutané; Cossy (7), Meckel (8), Lenbuscher (9), ainsi que Foville (10) et Motet (11) croient que l'épanchement se fait entre le périchondre et le cartilage; enfin Ludwig Meyer (12) et Virchow (13) admettent que l'hématome se forme dans l'intérieur du cartilage.

Si, dans certains cas, l'épanchement peut siéger dans le tissu cellulaire sous-cutané, il n'est pas moins vrai que ce siège n'est pas exclusif, ainsi que le démontrent

(1) RENAUDIN. *Ann. méd. psych.*, 1852.
(2) MERLAND. Thèse Paris, 1885.
(3) TOYNBEE. Traité, 1874.
(4) DUCROS. Thèse Montpellier, 1867.
(5) LANNELONGUE. *Soc. anatomique*, 1868.
(6) MABILLE. Thèse de Nancy, 1878.
(7) COSSY. *Arch. gén. de médecine*, nov. 1842. 3e série, t. XV., p. 290.
(8) MECKEL. Mémoire, 1846.
(9) LENBUSCHER. *Allgem. Zeitsch. für Psychiatrie*, 1847.
(10) FOVILLE. *Ann. méd. psychol.*, 1859.
(11) MOTET. *Gaz. heb. de méd. et de chirurgie*, 1859.
(12) LUDWIG MEYER. Archiv. de Virchow, 1865.
(13) VIRCHOW. *Die Krankhaft. Geschwülste*, 1867, t. I, p. 135.

les autopsies mêmes de Mabille. En effet, cet auteur considère que la paroi externe est formée successivement par les couches suivantes, en allant de dehors en dedans : peau, vaisseaux, nerfs, fibres musculaires et tissu cellulaire dense de fibres conjonctives et que la paroi interne est composée du périchondre adhérent fortement au cartilage. Or, comme les vaisseaux, les nerfs et les fibres musculaires aboutissent au périchondre, ils devraient donc se trouver sur la paroi interne de l'hémathome ou tout au moins dans l'intérieur de sa poche et non sur sa paroi externe, comme le signale Mabille. De plus, si le sang était répandu dans le tissu cellulaire, il ne resterait pas circonscrit aux limites du cartilage, il s'étendrait au lobule.

A *la troisième période*, si l'hémathome est abandonné à lui-même et s'il ne s'ouvre pas spontanément, il diminue de volume par suite de la résorption du liquide, de l'organisation ou de la dissociation du caillot qui laisse à sa place des granulations pigmentaires et des cristaux d'hématoïdine, et, par suite aussi, de l'accollement de ses parois, qui contractent entre elles de nouvelles adhérences. La tumeur peut paraître guérie extérieurement, mais on y trouve encore les éléments du kyste primitif, comme a pu l'observer Ducros sur un hémathome paraissant guéri depuis quatre mois. A l'autopsie, on trouva, au milieu du fibro-cartilage épaissi, une petite cavité circonscrite par une membrane jaunâtre contenant un caillot fibrineux et de la sérosité.

Après la guérison complète, le périchondre reste épaissi. Cet épaississement peut résulter de l'adhérence au périchondre de la couche cartilagineuse déposée au moment de l'épanchement ou de l'inflammation du périchondre qui a sécrété du tissu cartilagineux nouveau ou de la production d'un tissu fibreux serré, rétractile, amenant consécutivement des déformations du pavillon, par suite de la rétractation de la peau, qui se plisse, ou du cartilage, qui se ratatine. De plus, il peut se former autour de la tumeur des dépôts cartilagineux (Michel) ou des dépôts calcaires. Si la tumeur a été ouverte, la guérison est produite par suppuration et adhésions des surfaces.

Diagnostic. — Il est facile de reconnaître un épanchement sanguin non seulement parce qu'il présente des caractères objectifs, mais parce qu'on peut avoir sur l'état et la profession du malade des renseignements précis qui font généralement savoir dans quelles conditions la tumeur s'est formée.

Cependant il peut arriver que l'on n'en découvre pas toujours la cause, quand l'interrogatoire du malade n'est pas complet. Ainsi, chez une malade observée par Hasse, il était survenu à la face externe d'un des pavillons, quelques jours avant son examen, sans cause appréciable, une bosse sanguine de la grosseur d'une noix, de couleur bleuâtre, mais Hasse apprit, en interrogeant la malade, que cet hématome s'était développé quelque temps après une morsure, et que, quelques mois auparavant, la même lésion avait été produite par la même cause sur l'autre oreille et avait disparu sans laisser de traces. Les ecchymoses ou collections sous-cutanées se présentent sous la forme de saillies rouges ou rougeâtres quand elles sont de formation récente, ou brunâtres avec des tons jaunes verdâtres à la périphérie, principalement dans les cas contraires. Elles ont quelquefois une couleur noirâtre qui pourrait les faire prendre, à la rigueur, pour une partie gangrénée, mais en piquant, ou en incisant la peau, on constate qu'elle a une certaine sensibilité De plus, l'expectation permet de remarquer qu'il ne survient, du côté de la peau, rien de comparable aux suites de la gangrène puisqu'il n'y a aucune élimination de tissu.

L'othématome proprement dit est bien distinct de l'ecchymose. Il a un certain volume, des limites plus nettes, et acquiert généralement son développement complet au bout de quelques jours seulement et a son siège de prédilection à l'hélix, à la fossette scaphoïde, rarement à la face interne du pavillon. Sa paroi cutanée ayant une certaine épaisseur, modifie beaucoup la couleur de la peau qui n'est plus rouge comme dans l'ecchymose, mais violacée ou plutôt bleuâtre, ardoisée, teinte qui disparaît par la pression du doigt, mais reparaît immédiatement après.

Les tumeurs hématiques d'un certain volume donnent, quand on les comprime entre les doigts, quelques jours après leur développement, une crépitation caractéristique assez comparable à celle de la neige comprimée entre les doigts ou foulée aux pieds.

Dans des cas de contusion où il y a un épanchement séreux, comme il s'en forme à la suite d'un décollement de la peau et des parties sous-jacentes, on pourrait croire à un othématome. L'épanchement acquiert très vite son volume maximum. Il ne donne jamais lieu à de la crépitation. Une ponction exploratrice permet de plus de reconnaître la nature du liquide.

On pourrait aussi confondre une tumeur sanguine avec un plegmon, une périchondrite, un angiome ou un enchondrome.

Le phlegmon diffère de l'othématome par les caractères suivants : la tuméfactfon des tissus envahis est ordinairement fort prononcée, plus ou moins étendue et non limitée comme dans la tumeur hématique. La peau est luisante, rouge, et est le siège d'une douleur tensive, lancinante assez forte. Il y a de plus une réaction fébrile assez notable que l'hématome ne produit pas.

On la distingue d'une périchondrite en ce que celle-ci est inflammatoire, produit, il est vrai, une tumeur fluctuante, rougeâtre ou bleuâtre, mais celle-ci s'étend à peu près à tout le pavillon jusqu'à la base du lobule. La tumeur sanguine a rarement un pareil développement. La périchondrite se développe lentement et son contenu n'est jamais du sang, mais du pus ou un liquide semblable à de la synovie, ou mieux, un peu filant, rougeâtre comme celui de certains kystes. Un stylet promené dans la tumeur périchondrale permet de constater la dénudation et la rugosité du cartilage.

L'othématome ne saurait être confondu avec un othangiome, dont la couche cutanée a une surface lisse, plus ou moins mamelonnée, d'un rouge violacé ou bleuâtre, et autour duquel on voit ordinairement des vaisseaux plus ou moins dilatés.

On ne pourra pas non plus le prendre pour un enchon-

drome qui débute très rarement par le pavillon et présente une surface à mamelons durs qui s'ulcèrent en général assez promptement.

Pronostic. — La contusion et les épanchements sanguins ont un pronostic fort variable si on les considère au point de vue de la beauté plastique, de l'état général ou de la fonction auditive.

La contusion simple ne présente aucune gravité, puisqu'elle guérit vite sans laisser de traces. Si elle a été assez forte pour produire une désorganisation des tissus, il y a une difformité produite par une élimination en rapport avec l'étendue des lésions.

La contusion chronique est une lésion regrettable puisque la déformation en est ordinairement la conséquence. Comme elle affecte des gens d'un ordre peu élevé, en général, elle est pour eux moins un sujet de tourment que d'ostentation si apprécié dans l'antiquité.

Les ecchymoses peu étendues guérissent très bien. Les collections sanguines de quelque importance laissent après elle une difformité d'autant plus accentuée que la quantité de sang épanché a été plus grande, et que le pavillon a subi antérieurement des modifications plus profondes.

Au point de vue général, les othématomes sont parfois l'indice d'une maladie des centres nerveux dont le pronostic est particulièrement grave.

Au point de vue fonctionnel, la tumeur sanguine n'offre aucune gravité en général. C'est seulement dans des cas tout à fait exceptionnels qu'une surdité plus ou moins prononcée peut survenir à la suite d'une obstruction du conduit par l'épanchement sanguin, ou par le cartilage de nouvelle formation, ou par un traumatisme qui a déterminé en même temps des lésions plus profondes de cet organe.

Mais il est facile de rétablir la lumière du conduit et de faire disparaitre la surdité quand celle-ci dépend de modifications de l'oreille externe.

Miot et Baratoux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 *février* 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. Chauveau étudie le *mécanisme de l'immunité*, à propos du récent travail de MM. Roux et Chamberland. Il rappelle qu'avant ces derniers auteurs, il a prouvé que, l'immunité, dans les maladies infectieuses, doit être attribuée à l'influence d'une substance soluble laissée dans le corps par la culture du microbe pathogène. C'est en étudiant le charbon que M. Chauveau s'est convaincu que, dans les maladies virulentes, le microbe pathogène fabrique un poison soluble, cause principale de la mort des sujets malades et que la création de l'immunité doit être attribuée à l'action de ce poison fabriqué dans le sang par le microbe infectieux. Cette théorie était alors en désaccord avec celle de M. Pasteur. Quand un microbe infectieux, pensait M. Chauveau, s'est une première fois multiplié dans son milieu naturel de culture, et qu'il l'a ainsi rendu rebelle à toute culture ultérieure, ce n'est pas qu'il l'a épuisé en la privant de toutes les substances nécessaires à la vie du microbe, mais bien parce que celui-ci a fabriqué des substances qui, en imprégnant ce milieu de culture, l'ont plus ou moins stérilisé. La démonstration de cette théorie était donnée par les expériences dans lesquelles on voit que les agneaux, nés de mère inoculée du sang de rate pendant la gestation, deviennent tous réfractaires à l'action du virus charbonneux. Or, chez les brebis pleines qui meurent du charbon, les bacilles fourmillent dans le sang de la mère, ne passent point dans le sang du fœtus. Le placenta les arrête comme le ferait un filtre. Il n'y a que les matières solubles du sang qui puissent traverser le placenta. Si donc les tissus du fœtus deviennent ensuite inaptes à la prolifération du bacille charbonneux, il faut bien admettre que la résistance ainsi acquise est due à l'imprégnation par les matières solubles qui, du sang de la mère, sont passées par osmose dans le sang du sujet. Les recherches de MM. Straus et Chamberland, d'après lesquelles les bacilles passeraient au contraire de la mère au fœtus, ont été faites sur des cobayes et sur des lapins : elles ne sont pas applicables aux brebis sur lesquelles M. Chauveau a expérimenté. Quoiqu'il en soit, M. Chauveau applaudit à tous les résultats nouveaux, montrant qu'une matière soluble, provenant d'une culture microbienne effectuée en dehors de l'organisme d'un animal, peut créer ou concourir à créer l'immunité dans cet organisme ; ceux obtenus par M. Pasteur dans la pratique des vaccinations antirabiques ; ceux de M. Charrin portant sur le liquide de culture du bacille pyocyanogène ; ceux enfin que MM. Roux et Chamberland viennent d'obtenir avec le liquide des cultures du vibrion septique.

M. Raphael Blanchard adresse une note en réponse à la communication de M. Herman Fol sur *la présence des muscles striés chez les mollusques.* Contrairement à l'opinion avancée par le naturaliste génevois, M. Blanchard affirme que la véritable striation transversale existe dans les muscles de quelques mollusques. En employant la méthode décrite par lui en 1880, il est aisé de se convaincre que, chez le Pecten, la striation est même plus facile à mettre en évidence que chez l'Hydrophile.

MM. Hanriot et Ch. Richet signalent l'*influence de l'alimentation, chez l'homme, sur la fixation et l'élimination du carbone.* En donnant à un individu un régime alimentaire régulier, ils ont provoqué, en quinze jours, une augmentation de 4 kilogr. 500, soit de 300 gr. par jour. Or, l'individu fixait environ 25 gr. de carbone par jour, excès qui répond aux données classiques d'après lesquelles, sur 300 gr. de nos tissus, il y a à peu près 25 gr. de carbone. A l'état de jeune, le rapport entre l'acide carbonique rejeté et l'oxygène absorbé est environ de 0.70 à 0.85, tandis que, pendant la digestion, ce rapport s'élève.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 11 *février* 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Vigouroux, rappelant les précédentes communications de M. Féré sur les phénomènes d'électrisation observés à la surface de la peau de certains malades, dit que ce dégagement d'électricité est évidemment dû aux frottements de l'épiderme sec sur les vêtements. Mais il ne saurait souscrire à l'opinion qui veut qu'il se fasse dans ces cas une accumulation d'électricité au niveau de la surface cutanée ; ses expériences, conduites avec le plus grand soin, lui ayant péremptoirement démontré qu'en dehors de causes accidentelles l'électricité à l'état de charge n'existant pas à la surface du corps.

M. Ch. Féré dit qu'il a bien eu soin d'indiquer que la femme électrique qu'il avait observée avait la peau extrêmement sèche, et que les émotions morales agissaient dans le même sens, mais avec beaucoup moins d'activité.

M. Dastre présente un chien qui a subi avec succès l'opération de la fistule biliaire. Une canule spéciale permet de recueillir la totalité de la sécrétion hépatique.

MM. Babinski et Onanoff communiquent le résultat de leurs recherches sur la *myopathie progressive primitive.* Les auteurs rappellent d'abord que, en ce qui concerne la localisation de l'affection, les diverses formes de la myo-

pathie (la paralysie pseudo-hypertrophique, avec ou sans pseudo-hypertrophie, la forme infantile de Duchenne, etc.) ne diffèrent les unes des autres que par la prédominance et le début de l'amyotrophie dans telle ou telle région. Mais quelle que soit la forme que l'on considère lorsqu'une région est envahie, que l'invasion soit initiale ou terminale, ce sont toujours ou presque toujours les mêmes muscles qui sont atteints et les mêmes muscles qui sont respectés. On peut, à ce point de vue, diviser les muscles de chaque segment du corps en trois catégories, la catégorie des muscles *prédisposés* à la myopathie, celle des muscles *réfractaires*, celle enfin des muscles *intermédiaires*. C'est ainsi, par exemple, qu'à l'avant-bras le long supinateur est un muscle prédisposé, que les fléchisseurs des doigts sont des muscles réfractaires et que le rond pronateur et les radiaux sont intermédiaires. A la face, l'orbiculaire des yeux et l'orbiculaire des lèvres sont prédisposés; les muscles moteurs du pavillon de l'oreille et les masticateurs sont réfractaires. Aux membres inférieurs, le triceps crural est prédisposé, le triceps sural est réfractaire. MM. Babinski et Onanoff ont pensé que l'anatomie de développement permettrait peut être de comprendre la prédominance de la myopathie dans certains muscles, et ils ont fait des recherches dans ce sens.

Voici les résultats auxquels ils sont arrivés : quelle que soit la région que l'on étudie, on constate sur des fœtus de cinq mois environ des différences histologiques très manifestes entre les divers muscles. Les muscles prédisposés sont ceux dont le développement est le plus avancé ; dans les fibres qui les composent, la substance striée est très abondante, les champs de Cohnheim peu apparents, les noyaux relégués à la périphérie sous le sarcolemme. Dans les muscles réfractaires, on observe une disposition inverse : la substance striée est moins abondante, les champs de Cohnheim très apparents, et il existe beaucoup de noyaux, à la partie centrale des fibres. Ainsi le long supinateur, les muscles articulaires des lèvres et des yeux, le triceps crural sont très avancés en développement, et, au contraire, les fléchisseurs des doigts, les masticateurs, les muscles moteurs du pavillon de l'oreille, le triceps sural sont relativement peu développés.

Ces recherches conduisent donc à établir une loi de corrélation entre le degré de prédisposition des muscles à la myopathie et le degré de rapidité de leur développement; elles montrent qu'il existe pour le système musculaire, comme pour le système nerveux central, un lien entre l'anatomie pathologique et l'anatomie de développement.

M. Ch. Féré présente une série de tracés recueillis sur 130 épileptiques. De leur inspection, il résulte qu'en ce qui regarde les phénomènes respiratoires, la courbe d'expiration est plus prolongée et plus irrégulière qu'à l'état normal. Il en conclut à l'existence de phénomènes spasmodiques à l'état permanent chez ces malades.

MM. Arthaud et Butte ont déterminé une glycosurie expérimentale à la suite d'une lésion du bout périphérique du nerf vague chez le chien.

M. Quinquaud dépose une note de M. Butte sur l'élimination, par les urines, de la glycose a la suite des injections intraveineuses et artérielles de cette substance.

M. d'Arsonval présente des appareils destinés à conserver le chlorure de méthyle liquide.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 février 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Bergeron donne lecture du discours qu'il a prononcé au cimetière du Père-Lachaise, à l'occasion de l'inauguration du buste du regretté Béclard.

M. Hardy présente, au nom de M. Josias, un mémoire relatif à l'*épidémie cholérique* qui a sévi dans les prisons de Paris, en 1884. M. A. Josias insiste sur le chiffre peu élevé de la mortalité, 37 0/0, et annonce qu'il a traité tous ses malades avec l'acide thymique au 1 1000e. Ce médicament était présent dans toutes les boissons alimentaires, à raison d'un gramme par chaque litre de lait ou de bouillon. La recherche des réflexes tendineux, relatée dans ce travail, a été exposée dans ce journal (voir *Progrès médical*, année 1884, n° 53).

M. le Président rappelle que, dans la dernière séance, M. Brouardel a émis le désir de voir l'Académie s'occuper de l'influence des eaux potables sur un certain nombre de maladies contagieuses. Aussi, propose-t-il de renvoyer d'urgence l'étude de cette question à la commission d'hygiène. (Cette proposition est acceptée).

M. Ball lit, au nom de M. O. Jennings, une note relative à un cas d'*intoxication par l'antipyrine*. Une femme, âgée de 67 ans, n'ayant à l'état normal que 35 pulsations par minute, était atteinte d'un rhumatisme noueux. M. O. Jennings lui prescrivit 2 gr. 50 d'antipyrine pendant huit jours ; à cette époque, on observa les accidents suivants : taches érythémateuses disséminées, refroidissement des extrémités, tuméfaction de la face, conjonctivite catarrhale, accélération du pouls (76), température légèrement abaissée. Dans ces conditions, le médicament fut abandonné et remplacé par une faible dose de teinture de belladone. Les accidents s'amendèrent et disparurent. M. O. Jennings signale quelques observations analogues publiées par MM. Barber, Witehouse, Allen Sturge, et dans lesquelles les doses employées ont varié entre 25 centigrammes et un gramme par jour. M. G. Sée a bien signalé ces accidents chez les femmes, qu'il compare à un exanthème médicamenteux, comme celui de la quinine Il n'en est pas moins vrai que des accidents sérieux peuvent se produire sous l'influence de l'antipyrine, à des doses fortes et longtemps prolongées, notamment chez les vieillards et les sujets impressionnables. En cas d'accident, il paraît rationnel de combattre l'empoisonnement par la belladone ou par une injection sous-cutanée d'atropine.

M. G. Sée n'ignore pas que les accidents auxquels M. Ball fait allusion sont susceptibles de se produire, lorsqu'on prescrit l'antipyrine, à des doses élevées, et d'une façon continue. Il suffit alors de faire cesser l'usage de ce médicament pour assister à la disparition de tous les accidents. On peut alors remplacer l'antipyrine par l'acétanilide.

M. Dujardin-Beaumetz partage l'opinion de M. G. Sée sur la rareté et la bénignité des accidents causés par l'antipyrine ; néanmoins, on ne peut méconnaître la fréquence des troubles gastriques, qu'il serait peut être juste d'attribuer à l'impureté du médicament. L'acétanilide est un médicament aussi actif que l'antipyrine ; aussi, en la prescrivant aux doses de 1 gr. 50 à 2 grammes, et en ayant même soin de fractionner ces doses, on ne s'exposera à aucun accident.

M. G. Sée conseille, lorsque l'estomac se montre intolérant, d'associer le bicarbonate de soude à l'antipyrine. Quant aux injections d'antipyrine, on obviera à leurs inconvénients douloureux en les pratiquant multiples et aux doses de 0 gr. 15 ; 0 gr. 20.

M. Ollivier a observé des effets variables, suivant les doses, mais aussi suivant les individus. Dans la chorée, les résultats sont peu encourageants, quoi qu'on en ait dit. Et, du reste, nous ne connaissons ni la physiologie pathologique de la chorée, ni l'action physiologique de l'antipyrine.

M. Franck lit, au nom d'une commission, un rapport sur un travail de MM. Hanriot et Ch. Richet, concernant la *variation des échanges respiratoires*. Ces auteurs ont établi que la production de l'acide carbonique était indépendante de la fréquence des mouvements respiratoires ; ils ont ensuite comparé les échanges gazeux qui se produisent pendant le sommeil naturel avec ceux qui ont lieu pendant le sommeil provoqué chez les sujets hypnotisables. La différence est insignifiante dans la quantité d'acide carbonique produit à l'état de veille ou de sommeil chez un sujet normal ; elle est considérable, au contraire, chez un sujet placé dans l'état léthargique.

M. Polaillon lit un rapport sur la *cholécystotomie*, à l'occasion d'un mémoire adressé par M. Terrillon. Cette opération fut pratiquée pour la première fois en 1878, par

Marion Sims. Dans le cas de M. Terrillon, il s'agit d'une femme de 24 ans, atteinte d'une tumeur de la région du flanc droit et dont la matité se confond avec la matité du foie. M. Terrillon pratiqua la laparotomie sur la ligne médiane, dans une longueur de 8 centimètres. On reconnut alors une poche kystique dont la ponction donna issue à un liquide clair comme de l'eau, puis trouble et laiteux. M. Terrillon parvint ainsi à extraire deux calculs de la cavité de cette poche. Deux mois après l'opération, durant lesquels une fistule biliaire avait été entretenue, le trajet fistuleux fut cautérisé et cicatrisé. Le chiffre de la mortalité de la cholécystotomie s'élève à 16 0/0 ; c'est donc une opération grave, ne devant être acceptée que dans des circonstances spéciales et nécessitant toujours une ponction exploratrice.

M. Lagneau, à l'occasion d'un mémoire de M. Aubert, lit un *rapport sur la géographie médicale du département de l'Ain*. A propos de la taille des conscrits de ce département, il fait remarquer que c'est dans les villes industrielles, à occupations sédentaires, que se trouvent le plus d'hommes classés dans le service auxiliaire pour défaut de taille, par suite d'un développement incomplet, retardé, défectueux, mais lorsque la taille n'est pas modifiée dans son évolution par de mauvaises conditions biologiques, elle se transmet héréditairement comme les autres caractères ethniques. Dans une population homogène, composée d'une seule race ou de plusieurs races intimement mêlées, lorsqu'on répartit un grand nombre de conscrits suivant leur taille, on obtient une série régulière de groupes croissants, comprenant des individus de plus en plus nombreux depuis la taille inférieure jusqu'à la taille moyenne, qui correspond au groupe maximum, puis de groupes décroissants, comprenant des individus de moins en moins nombreux, depuis cette taille moyenne jusqu'à la taille la plus élevée. Dans une population composée de deux races non intimement mêlées, au lieu d'un groupe maximum, correspondant à la taille moyenne, on constate deux groupes maxima séparés par un groupe moins élevé.

Albert Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 10 févirer 1888. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. le Président lit une lettre de M. Terrier adressée à la Société à la suite de la communication faite dans la précédente séance par M. Gaucher, sur l'emploi thérapeutique interne de l'*acide borique*. Laissant de côté ce qui a trait aux applications médicales, M. Terrier dit qu'il a employé et signalé l'usage de l'acide borique comme antiseptique des voies urinaires (Soc. de Chirurgie, 1886), mais qu'il a dû y renoncer. Ce corps étant fort peu soluble et passant dans les urines sous forme de borate de soude, il lui a substitué avec avantage le biborate de soude.

M. Gaucher affirme de nouveau l'utilité de l'acide borique qu'il emploie depuis quatre ans et qui lui a toujours donné de bons résultats par l'usage interne; il le trouve certainement supérieur au borax.

M. Hayem rapporte l'observation d'un homme de 37 ans qui, dans le cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu avec complications viscérales des plus graves (pneumonie, péricardite), présenta de l'hémoglobinurie parfaitement caractérisée (urine rouge vineux, albumineuses, sans globules rouges, mais avec nombreux cylindres et globules blancs, au spectroscope les bandes de l'oxy et de la mét-hémoglobine, une bande d'urobiline). Au bout d'un mois et demi environ, l'hémoglobinurie disparut. Il s'agissait d'une néphrite rhumatismale avec hémoglobinurie. Dans ce fait, le sérum sanguin n'était presque pas plus coloré que normalement, ainsi d'ailleurs que M. Hayem l'avait observé dans d'autres cas. M. Hayem pense donc qu'il n'y a pas dans l'hémoglobinurie dissolution des globules rouges dans le sérum, sous l'influence du froid, pas plus que dissolution des globules rouges ayant passés dans l'urine, mais qu'il s'agit d'une lésion rénale à laquelle se surajoute des poussées congestives.

M. Robin a observé *deux cas d'hémoglobinurie* : l'un chez un rhumatisant en pleine attaque qui, peu après, présenta une néphrite congestive dont il guérit. L'autre cas est celui d'une femme qui débuta par des accidents typhoïdes avec hémoglobinurie ; trois jours après, la malade avait une attaque de rhumatisme articulaire avec néphrite. L'hémoglobinurie paraît donc bien être d'origine rénale et liée à une congestion de cet organe ; en général, elle accompagne ou précède une néphrite congestive.

M. Bucquoy rapporte un cas type d'hémoglobinurie paroxystique *à frigore* qu'il a observé il y a 25 ans, alors que cette maladie était complètement inconnue.

MM. Huchard et Weber exposent avec détails un *cas d'artério-sclérose du cœur accompagné de dilatation cardiaque* : sans souffle, inégalité des deux pouls, retentissement diastolique à l'aorte, mort rapide après une série d'accès d'oppression très graves succédant à des crises de dyspnée remontant déjà à plusieurs années. A l'autopsie, dilatation de toutes les cavités du cœur, oblitérations en plusieurs points des coronaires qui étaient extrêmement athéromateuses; au cœur, sclérose diastolique intense. M. Huchard présente ce cas comme un type de *coronarité primitive* avec sclérose cardiaque consécutive ; il le range dans le cadre des cardiopathies vasculaires artérielles.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Roux (de Lausanne) adresse à la Société quatre observations : 1° *Arthrotomie de la hanche pour une synovite aiguë* ; 2° *Trois cas de résection de la hanche.*

M. Verneuil a disséqué jadis bien des veines variqueuses ; il a remarqué à cette époque que, lors de *varices développées dans le membre inférieur*, on trouvait souvent la veine du nerf sciatique atteinte, elle aussi, de varices ; cette veine pénètre dans le nerf au point où il se bifurque en sciatiques poplités externe et interne et est accompagnée par une petite artère. Ces vaisseaux sont situés dans l'épaisseur du nerf jusqu'au niveau du bassin.—Il croit qu'il y a une autre explication pour les douleurs violentes des variqueux. Ce ne sont pas avec les artères que les nerfs ont beaucoup de rapports, mais bien avec les veines. Dans la station debout, une veine variqueuse distendue comprimera donc facilement le nerf, d'autant plus que les filets nerveux entourent souvent en spirale le vaisseau veineux.

M. Verneuil décrit le microbe de la fièvre intermittente à propos de la communication de M. de Saboïa et tient à faire remarquer qu'il a été décrit par Laveran, en France, pour la première fois.

M. Schwartz a observé un malade atteint de sciatique et porteur d'un paquet variqueux, gros comme une mandarine, à la face interne d'un genou. Il a opéré le sujet, qui ressentait des élancements douloureux dans toute l'étendue du domaine innervé par le saphène interne. La résection de ce paquet variqueux a fait disparaître toutes les douleurs. Le fait est curieux, car il est certain d'avoir laissé intact et en place le saphène. Les varices ont diminué d'importance. Il croit que dans ce cas il y avait compression du nerf.

M. Trélat a été frappé, il y a longtemps déjà, des douleurs névralgiques des variqueux. Il a vu jadis une dame de 50 ans, variqueuse, qui a dû garder le lit quatre mois pour des douleurs vagues dans le membre atteint. On crut à une autre maladie. M. Trélat est convaincu aujourd'hui que ces douleurs étaient dues aux varices.

M. Després pense que les abcès décrits dans la dernière séance par M. de Saboïa peuvent rentrer dans la catégorie des *abcès soudains de Delpech*. Il est inutile de créer une nouvelle espèce d'abcès froids pour ces cas.

M. de Saboïa maintient son diagnostic et ses assertions antérieures.

M. Pozzi fait un rapport sur une observation de M. le professeur Severeanu (de Buckarest), intitulée : *Contusion du radial, sa résection et sa suture.* Il s'agissait d'un blessé ayant reçu un coup de feu dans le bras et où une lésion du radial était soupçonnée, d'après les symptômes et la direction de la bles-

sure. Une incision ayant mis le nerf à découvert, on trouve le nerf d'une couleur plus sombre et d'épaisseur moindre. M. Sévereanu le résèque dans une étendue d'un centimètre et demi et suture au catgut. Réussite opératoire complète ; résultat fonctionnel très-mauvais ; paralysie et atrophie plus grande un mois après l'opération. Celle-ci avait été faite 13 jours après la blessure. M. Pozzi pense que dans un cas semblable il vaudrait mieux ne pas résèquer le nerf, mais refermer l'incision exploratrice. La partie contuse du nerf n'a pas besoin d'être enlevée ; elle peut même jouer un rôle utile dans la régénération du nerf en se laissant pénétrer par les tubes de nouvelle formation, comme les fils de catgut dans les expériences d'Assaky.

M. Trélat ne comprend pas pourquoi M. Sévereanu a fait la résection du nerf.

M. Tillaux dit que la résection dans ce cas n'était pas indiquée. Il ne faut pas faire de suture nerveuse 13 jours après l'accident. La suture primitive doit être faite plus tôt et la suture secondaire beaucoup plus tard.

M. Tillaux communique une observation de *cathétérisme rétrograde*. Il s'agissait d'un homme de 34 ans qui fit un jour une chute à califourchon sur un tréteau. Du sang sortit par l'urèthre et il se produisit de suite un gonflement notable du périnée. Une incision périnéale donna issue à du sang et à de l'urine. On mit une sonde à demeure pendant huit jours, mais celle-ci fut expulsée à ce moment et on ne put la réintroduire. Il se forma ensuite une fistule uréthro-périnéale. M. Tillaux dut pratiquer alors une uréthrotomie externe, mais il lui fut absolument impossible de retrouver le bout postérieur de l'urèthre. Il fit le cathétérisme rétrograde et plaça dans l'urèthre un tube de caoutchouc avec deux trous. Guérison.

M. Després, dans un cas analogue, a fait l'uréthrotomie externe, mais, pour trouver le bout postérieur, a incisé transversalement tous les tissus lardacés, au lieu de pratiquer une incision longitudinale. Cette façon d'agir est l'opposé de celle indiquée par les auteurs classiques.

M. Schwartz, dans un cas de rétrécissements multiples de l'urèthre où il ne put découvrir la partie prostatique du canal créa, avec un trocart, un nouveau conduit urinaire dans la prostate.

M. Le Dentu s'est trouvé plusieurs fois en face de difficultés identiques. Pour lui, il croit bon d'aller d'emblée attaquer la prostate et de faire une boutonnière dans l'urèthre prostatique au lieu de s'attarder à rechercher la partie de l'urèthre malade. Ceci fait, il introduit, dans le tronçon antérieur de l'urèthre prostatique situé en arrière de la partie à restaurer, une sonde cannelée recourbée ou bien un instrument spécial qui lui permet de réparer le canal avec assez de facilité. Cet instrument sera encore perfectionné et dans une communication ultérieure M. Le Dentu, le décrira avec soin, en même temps qu'il rapportera les cas dans lesquels il l'a utilisé.

M. Marc Sée indique le procédé suivant pour trouver la lumière du bout postérieur de l'urèthre après sa section. Une sonde étant introduite dans le bout antérieur, le chirurgien incise le canal sur la sonde jusqu'à son extrémité ; aux travers des deux lèvres du canal incisé il passe deux fils et tend ces fils ; l'orifice du bout postérieur est alors très facile à apercevoir et l'on peut introduire une bougie fine en suivant la paroi supérieure.

M. Segond. — Le procédé de M. Sée est employé depuis longtemps par M. Guyon et il est décrit depuis très longtemps. L'artifice employé par M. Schwartz pour trouver le bout postérieur lui paraît peu recommandable, à moins qu'on ne puisse pas faire autrement.

M. Lefort indique un procédé qui peut parfois rendre des services dans des cas analogues. En faisant prendre au malade, sur le champ, une potion à l'iodure de potassium (4 à 5 gr.), en deux minutes l'urine sera assez chargée d'iodure pour donner un précipité avec le nitrate de plomb. Il suffira donc de badigeonner la plaie avec une solution de ce sel et de presser sur la vessie. Le point où un changement de coloration se produira sera l'orifice de l'urèthre cherché.

M. Peyrot. — Lors de rétrécissements infranchissables avec fistules, certaines dispositions peuvent égarer le chirurgien et l'empêcher de pénétrer dans la vessie en faisant l'uréthrotomie externe. C'est ainsi qu'il peut confondre avec l'urèthre une fausse route faite antérieurement, s'y engager et tomber sur une sorte de canal à parois plus ou moins régulières dont l'extrémité antérieure communique avec l'urèthre, mais dont l'extrémité postérieure se termine en cul-de-sac. Dans ces cas, il n'y a qu'un moyen pour trouver le vrai canal, c'est de reporter l'incision de l'urèthre en avant du point où la fausse route y vient déboucher.

M. Lefort croit qu'il ne faut pas réséquer toute la portion du canal transformé en tissu lardacée, comme le veut M. Després. Il faut conserver un peu de la paroi supérieure de l'urèthre ancien.

M. Tillaux répond qu'avant de faire le cathétérisme rétrograde il a essayé le procédé mentionné par M. Le Dentu (introduction d'une sonde cannelée d'arrière en avant par la plaie opératoire).

M. Reclus présente une malade qu'il pense atteinte de l'affection appelée par lui *maladie kystique des mamelles*.

M. Trélat prétend que c'est là un *adénofibrome kystique du sein*. Le seul mérite de M. Reclus est d'avoir insisté sur ce fait, à savoir que dans ces cas quelques-unes des tumeurs donnant la sensation de tumeurs solides sont des tumeurs à contenu liquide.

M. Després se rallie à l'opinion de M. Trélat.

M. le Dentu montre un malade auquel il a fait une *résection du poignet* (il n'y a eu qu'un seul pansement) et un autre malade atteint *d'ostéome diffus de la face*. Après l'opération, le tissu de nouvelle formation non enlevé s'atrophia.

M. Terrillon montre des pièces provenant d'une malade opérée pour une *salpingite*. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 janvier 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Hénocque expose devant la Société le résultat de ses recherches relatives aux propriétés hémostatique de l'antipyrine. Lorsqu'on trempe l'extrémité centrale de la patte sectionnée d'un cobaye dans un godet renfermant une solution de ce médicament on observe que l'hémorrhagie s'arrête beaucoup plus vite que lorsque l'on fait usage de toute autre hémostatique. L'antipyrine est toute indiqué dans le traitement des épistaxis, des métrorrhagies du col et de toutes les hémorrhagies des plaies superficielles.

M. Moutard-Martin a essayé l'antipyrine à l'intérieur dans le traitement des hémoptysies ; il n'a obtenu aucun résultat satisfaisant et désirerait savoir si M. Hénocque a été plus heureux que lui.

M. Hénocque répond qu'il a également échoué contre les hémoptysies des tuberculeux, mais il a vu des femmes ménorrhagiques user avec profit de ce médicament.

M. Catillon a vu l'écoulement sanguin d'une coupure s'arrêter aussitôt qu'on eût saupoudré la plaie avec de l'antipyrine.

M. C. Paul présente un échantillon de graines de strophantus mises dans le commerce et ne possédant ni duvet ni aigrettes. Il désirerait que ces graines fussent examinées par les pharmaciens membres de la Société, car leur valeur lui paraît douteuse. Le strophantus continue à lui donner de bons résultats surtout comme diurétique faible mais à action persistante.

(*Après discussion la Société décide qu'elle siégera désormais dans le Palais des Sociétés savantes*).

Séance du 25 janvier 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Hénocque a étudié sur 370 individus sains ou malades les variations de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine. Il résulte de ses observations que le fer, la noix vomique, les amers augmentent cette réductibilité, alors que d'autres médicaments la régularisent comme l'iodure de potassium, ou l'abaissent comme l'acétanilide. Les eaux minérales agissent suivant leurs principes de constitution.

M. C. Paul lit un travail de M. Kügber sur la saccharine, substance destinée à rendre de précieux services aux diabétiques, car elle a les avantages du sucre au point de vue de la

saveur sans en présenter les inconvénients. C'est une poudre blanche formée de petits cristaux de divers volumes; elle est surtout soluble dans l'alcool à 80° qui en dissout 32 gr. par litre. Sa puissance sapide est 288 fois plus grande que celle du sucre de canne, mais sa saveur est peut-être un peu moins agréable. La saccharine passe à travers l'économie sans subir de modifications et est éliminée par les urines en moins d'une demi heure. On peut en prendre 5 grammes par jour, pendant plusieurs jours sans inconvénients. On se trouvera bien de l'emploi du sirop suivant :

Eau distillée.	1000 gr.
Bi-carbonate de soude	12 —
Saccharine	10 —

ou de pastilles composées ainsi qu'il suit :

Saccharine.	3 gr.
Carbonate de soude.	2 —
Mannite.	50 —

pour 100 pastilles; dont une suffit pour sucrer une tasse de café.

M. Bilhaut a employé avec succès une solution d'antipyrine au vingtième dans deux cas d'hémorrhagie légère.

M. Dujardin-Beaumetz complète ses précédentes communications sur les inhalations sulfureuses chez les tuberculeux. Ces inhalations ne font pas disparaître les bacilles, mais elles diminuent considérablement l'expectoration. L'auteur emploie une bougie sulfureuse brûlant 10 gr. de soufre par heure; au bout de dix minutes on peut l'éteindre. Les inhalations sont bien supportées.

M. Durand-Fardel estime que dans ces conditions les eaux minérales sulfureuses devront donner des résultats encore plus satisfaisants.

M. Constantin Paul préconise en ce qui regarde l'administration des potions le verre à liqueur remplaçant les cuillers. On peut antérieurement verser dans ce verre un liquide destiné à masquer le goût de la substance à avaler.

Il s'engage à ce sujet une discussion dans laquelle divers auteurs proposent divers procédés de graduation des flacons à potion. Gilles de la Tourette.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

VIII. Antipyrine dans les affections nerveuses; par le Dr Mayer.

IX. Emploi du colchique dans le rhumatisme articulaire aigu; par le Dr Carter.

X. Le Collinsonia Canadensis; par le Dr Schœmaker.

XI. Action thérapeutique de l'eau oxygénée; par les Drs Blever et Ingraham.

VIII. Dans notre dernière revue nous avons mentionné les bons effets que l'on pouvait retirer de l'*antipyrine* dans un grand nombre d'affections nerveuses. On retrouve actuellement, à chaque pas, dans les journaux de médecine, de nouveaux essais prouvant l'efficacité de ce traitement. Dans le *Medical Standard* de Chicago (1), le Dr Mayer cite cinq nouveaux cas où ce médicament a pleinement réussi. Dans les quatre premiers, il s'agit de névralgies avec céphalalgies rebelles, et dans le dernier de névralgie chez une femme atteinte d'impaludisme, et athéromateuse.

IX. Nous avions aussi, dans une précédente revue, relaté les effets merveilleux qu'un médecin américain retirait de l'emploi du *colchique* dans le rhumatisme articulaire aigu. Le Dr Carter (de Londres) (2), dans un travail sur le traitement de la goutte par ce médicament, exprime les conclusions suivantes. L'emploi du colchique doit être évité chez les individus présentant des troubles cardiaques et limité aux accès à forme sthénique, où le pouls présente une tension élevée. Il ne doit pas non plus être continué au delà du temps nécessaire à calmer la souffrance, par suite de son influence dépressive sur le système circulatoire et des troubles dans l'excrétion urinaire dont il peut être la cause. Il est donc nécessaire d'éviter de le donner en trop grande quantité, et pour cela il faut l'ordonner à des doses modérées, répétées à courts intervalles. L'auteur admet que le colchique peut exciter le retour des accès de goutte ; en conséquence, et par suite de l'effet non curatif, mais plutôt palliatif de ce médicament, il conseille de s'en servir le moins possible ou de le faire avec les plus grandes précautions, en surveillant attentivement le malade.

(1) Octobre 1887, p. 99.

(2) *Birmingham med. Review*, octobre 1887.

X. — Le *Collinsonia Canadensis*, dont les propriétés ont été exposées par le Dr Shœmaker (1), est une plante américaine. possédant une action sédative et antispasmodique. Il est de plus astringent et tonique. Son action physiologique est mal connue encore ; des doses faibles ne produisent aucun effet chez les individus bien portants, mais donné en quantité trop forte, il donne naissance à une sensation de brûlure stomacale et intestinale, puis à des nausées, de la diarrhée accompagnée de vomissements, si la dose est répétée. Depuis longtemps les habitants de la campagne se servaient du Collinsonia dans la gravelle, et les autres affections urinaires. L'auteur a éprouvé de bons résultats en l'employant chez des malades atteints de cystite, due, soit à la blennorrhagie, soit à la calculose.

Il apaise le spasme des uretères, de l'urèthre et de la vessie, et en même temps augmente la sécrétion urinaire. Ce double effet a pour résultante, dans la gravelle, de permettre aux petits calculs d'être expulsés. L'auteur admettrait même, et cela avec l'opinion populaire, qu'il dissoudrait les pierres vésicales. Dans la cystite il l'emploie mélangé à de l'aconit et de la morphine. Il conseille de l'employer contre l'incontinence d'urine de l'enfance, en l'administrant le soir à la dose d'un drachme de teinture. Le Collinsonia peut être utilisé axec avantage dans la blennorrhagie chronique, pour remplacer le santal et le copahu, qui donnent souvent lieu à des troubles digestifs.

Chez trois malades atteints d'hémorrhoïdes avec constipation et spasme du sphincter anal, l'auteur a obtenu d'excellents résultats, par l'administration de ce médicament, en employant des suppositoires contenant 40 à 90 grains de poudre de Collinsonia. Le Dr Shœmaker pense que l'on peut retirer aussi un grand bénéfice de son emploi dans le vaginisme. Là ne s'arrête pas l'action merveilleuse de cette plante ; elle guérit, d'après l'auteur, les gastralgies, l'entérocholite, la pharyngite, la laryngite, la laryngite striduleuse, la gastrite chronique ; elle a une influence salutaire dans les cas de troubles menstruels, elle est vermifuge, etc...?

Le *Collinsonia canadensis* peut être administré soit en infusion, soit à l'état de poudre, de teinture ou d'extrait liquide. La dose de la poudre varie de 10 à 60 grains, celle de la teinture de 10 gouttes à un demi drachme pour les enfants, et de un à deux drachmes pour les adultes. L'extrait liquide s'emploie à la dose de 15 minimes à un drachme. Enfin, pour l'infusion, on se sert de un à quatre onces de racine.

XI. Le Dr Mount Blever (2) et le Dr Ingraham (3) nous exposent de nombreux faits dans lesquels l'emploi de l'*eau oxygénée* a rendu de grands services ; à savoir dans : la diphthérie, les maladies du pharynx, du larynx, de l'arrière cavité des fosses nasales, du nez, des poumons, des bronches, et particulièrement dans la fièvre des foins. Le premier donne l'eau oxygénée en vaporisations, lavages et à l'intérieur. Le spray est composé de 2 onces de peroxyde d'hydrogène pour 14 onces d'eau. Le liquide pour irrigations se compose de 3 à 5 onces d'eau oxygénée pour 13 onces d'eau; les gargarismes sont à 2/15 ; et, pour les inhalations, on se sert d'eau oxygénée pure. A l'intérieur, il donne une à trois cuillerées à café de bioxyde d'hydrogène dans un demi verre d'eau, trois fois par jour, après le repas. Ce corps détruirait les exsudations infectantes et

(1) *Med. Press and Circular*, 12 octobre 1887.

(2) *Medical Record*, N. Y., 13 août 1887.

(3) *Chicago Medical Times*, octobre 1887.

désagrégerait les fausses membranes de la diphtérie (1). Le traitement de la bronchite par l'eau oxygénée, diminue la dyspnée, augmente l'appétit; les asthmatiques éprouvent un grand soulagement pendant les accès par son usage. Son action locale est très certaine dans l'ozène, le croup, l'angine granuleuse (?) D'après le Dr Ingraham, elle détruirait le pollen contenu dans les fosses nasales, pollen qui serait la cause du hay-fever. A ce traitement, cet auteur ajoute une injection calmante dans les fosses nasales, injection contenant de l'acide borique, de la morphine et de la glycérine. A. RAOULT.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin : Érythrophléïne et Strophantus.

Berlin, 1er février 1888.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dès le début de la nouvelle année, un médicament fort intéressant a été découvert : il s'agit de l'*Erythrophléine*, nouvel anesthésique à action locale. Le pharmacien L. Lewin a donné, dans la dernière séance de la Société médicale de Berlin, des détails circonstanciés sur ce produit.

Au commencement de l'année passé, la maison Thomas Christy envoya à M. LEWIN une masse amorphe, qui porte le nom de Haya, dont la provenance et l'usage étaient inconnus. Tout ce qu'on en savait, c'était que la drogue était d'origine africaine. Un examen attentif montra que la pâte était divisée en petits morceaux présentant deux couches : une de forme régulière, convexe à l'extérieur et cannelée à l'intérieur ; dans les cannelures il y avait un dépôt d'oxyde de fer, ce qui fit penser que la masse avait adhéré à des pointes de flèches. Les deux couches étaient très solubles dans l'eau, présentaient une réaction alcaline et les réactifs qui décèlent la présence d'alcaloïdes produisirent quelquefois des précipités. On reconnut ainsi la présence d'un glycoside. L'alcool dissolvait une partie de la substance active.

Lewin avait lu dans d'anciens ouvrages qu'en Afrique, surtout dans le Nord-Ouest, on trouve un poison dont l'introduction dans le corps humain provoque de l'analgésie et de l'anesthésie. En outre, dans l'Est, près du lac Myassa, on trouverait une substance toxique qui produirait chez l'homme des accidents tétaniques localisés à la langue. Lewin, s'étant rappelé ces faits, fit des essais sur des animaux avec la pâte qu'on lui avait envoyée. Il reconnut, à son grand étonnement, que l'instillation d'une solution du toxique dans l'œil d'un animal produisait une anesthésie complète au bout de 12 à 15 minutes : cette anesthésie durait de 10 à 24 heures et l'animal restait en bonne santé ; la cornée ne se troublait pas et l'œil restait insensible à tout traumatisme. D'autres expériences prouvèrent que l'injection hypodermique de la solution produisait chez la grenouille une diminution dans la fréquence du pouls, tellement que le pouls tombait de 30 à 8 pulsations par minute. Plus tard se montra de la paralysie ; chez les animaux à sang chaud on observa de la faiblesse, de la dyspnée ; l'animal laissait pendre la tête et de temps en temps des convulsions secouaient l'animal ; ces convulsions partaient de l'œil, continuaient sur la surface abdominale et se terminaient à l'extrémité de la queue, sans que les extrémités ne fussent prises. Les animaux qui vomissent, par exemple les pigeons, sont pris de suite après l'injection, de vomissements. Ce poison rappelait par ses effets une autre substance toxique, décrite dans le livre de Revoil, fort peu connue, en Allemagne, sous le nom d'*ouabaïo* : cette dernière substance, à son tour, rappelle un produit qui servit, il y a treize ans, pour des expériences instituées par Lewin, l'*Erythrophlæum judiciale* L'Erythrophlæum est utilisé sur la côte occidentale d'Afrique pour les jugements de Dieu et pour empoisonner les flèches. Lorsque Lewin examina le Haya, il reconnut qu'il renfermait quelques tout petits morceaux d'écorce rappelant celle de l'Erythrophlæum. Des comparaisons faites avec les échantillons du jardin botanique et ceux de sa propre collection prouvèrent à Lewin que les petits fragments d'écorce provenaient en effet de cette plante. Les recherches purent alors être continuées ; l'Erythrophlæum judiciale est un arbre qui atteint souvent 30 mètres de haut, et qu'on rencontre sur la côte Ouest d'Afrique, en Sénégambie, sur le cours supérieur du Niger et même à l'embouchure du Congo. Lewin reconnut aussi sa présence dans l'Afrique centrale et orientale, à Mozambique et peut-être même dans le pays des Somalis. Ce poison servait déjà au commencement du siècle pour des usages judiciaires : la poudre d'écorce, à la dose de quatre cuillers à potage environ, était administrée à l'accusé. En cas de vomissement, l'accusé était considéré comme innocent ; en cas de phénomènes généraux d'intoxication, le prévenu, avant même qu'il ne succombe, était lapidé ou massacré d'autre façon.

Les premiers essais furent faits par Lewin avec l'infusion d'écorce et avec la substance active, extraite par Merck et nommée par ce dernier chlorhydrate d'érythrophléïne : ils prouvèrent que les conclusions premières de l'opérateur étaient exactes ; l'alcaloïde, aussi bien que le Haya, exerçait une action anesthétique sur la cornée. Les deux substances chauffées en présence d'acide sulfurique concentré deviennent roses, ce qui confirme encore l'hypothèse de leur identité.

Tout ce qu'on savait jusqu'ici de l'érythrophléïne était que cette substance avait une action voisine de celle de la digitale, et qu'en outre elle était tétanisante. C'est un sel pulvérulent, facilement soluble dans l'eau. Les solutions ainsi obtenues se troublent un peu par suite de la présence de produits de décomposition. Deux centigrammes d'érythrophléïne suffisent à tuer un chien, un centigramme ne suffit pas ; les lapins succombent à des doses correspondantes, plus faibles. L'anesthésie est d'une intensité considérable : vingt centigrammes pour 100 grammes d'eau, en instillation dans l'œil de chats, de lapins, etc, provoquent une anesthésie qui se montre au bout de 15 à 20 minutes et dure de 1 à 2 jours et demi. A la dose de 0,1 °/o et de 0,5 °/o, on peut même quelquefois obtenir des résultats. Si les solutions sont plus concentrées (2 °/o par exemple), une irritation considérable se montrera et des opacités cornées intenses se développent. Si l'on injecte à des grenouilles tétanisées par des doses maxima de strychnine cette dernière solution dans la patte, on ne peut plus provoquer d'accès tétanique par attouchement du point où a été faite l'injection. Lewin parvint aussi, en injectant à des cobaies 1/2 à un milligramme de chlorydrate d'érythrophléïne en solution à 0,10 °/o, à provoquer une telle anesthésie qu'il put sectionner la peau au point d'injection sans que les animaux s'en aperçussent. On put même sectionner les muscles sous-jacents, les manipuler de diverses façons, sans que les animaux ne bougent. Là les doses sont trop fortes, les animaux succombent en présentant des convulsions. Je ne voudrais pas quitter ce sujet sans vous prévenir que dès aujourd'hui on cherche à expliquer de divers côtés les effets observés par Lewin d'une façon différente : je ne manquerai pas de vous en parler sous peu.

Je ne peux pas passer sous silence les opinions qui ont cours chez les cliniciens de Berlin au sujet du *Strophantus*, que quelques enthousiastes considèrent comme supérieur à tous les médicaments analogues, la digitale comprise. M. A. FRAENKEL a fait des expériences avec un échantillon de graines de Strophantus Kombé. Fraser a reconnu, comme on sait, que la partie active est constituée par un glycoside amer, qu'il ne serait arrivé que sous peu à obtenir pur : c'est la Strophantine. Fraser assigne à la teinture de strophantus, actuellement la seule préparation employée, une action analogue à celle de la digitale injectée à des grenouilles et à des lapins, la teinture augmenterait l'énergie de la systole. et à doses élevées, produirait un arrêt du cœur en systole. La communication de Fraser est importante surtout en ce que l'auteur a obtenu des contractions systoliques énergiques, mais que l'action sur le système vasculaire périphérique et le centre vaso-moteur est

(1) Il y a quatre ans, à l'hòpital des Enfants Malades, au pavillon d'isolement de la dipthérie, M. le Dr Ollivier, médecin de l'hopital et professeur agrégé à la Faculté de médecine, a expérimenté d'une façon méthodique l'eau oxygénée dans les différentes localisations de la diphtérie, principalement dans l'angine diphtérique. Malheureusement les résultats thérapeutiques n'ont pas été ceux signalés par les médecins américains ; ils n'ont pas été publiés en raison même du peu d'influence de l'eau oxygénée sur l'évolution de la diphterie (MARC. B.).

nulle. On sait que dans nombre d'affections vasculaires les résistances sont accrues dans ce dernier système. Dans ces cas, la digitale exerce son action stimulante sur le cœur, mais elle augmente aussi les résistances périphériques. Si donc les assertions de Fraser se confirmaient, le strophantus constituerait un médicament cardiaque idéal, indispensable dans les cas où on voudrait éviter des complications quand il s'agit de vaincre des résistances dans le système artériel. Les indications de Langgaard ne correspondent pas exactement avec celles de Fraser; Langgaard a recherché sur des animaux l'effet de l'alcaloïde sur la pression sanguine. En injectant de fortes doses sous la peau de grenouilles ou de lapins, il a souvent obtenu une diminution brusque de la pression sanguine, amenant parfois la mort de l'animal. Une forte augmentation de pression ne se montrait que peu de temps avant la mort, après une période de variations de pressions et d'action irrégulière du cœur. L'influence du remède sur le système cérébral a été observée par Boyd sur un malade, qui, opéré d'un anthrax, présenta des accidents graves du côté du cœur: le cœur reprit son activité après l'administration de plusieurs doses de teinture de strophantus et un sommeil de plusieurs heures s'en suivit. Langgaard trouva ainsi que le remède exerçait une certaine influence sédative sur le cerveau et la moelle.

Fraser a traité à la clinique médicale 22 cas en tout avec le strophantus : il les range en quatre groupes. Le premier groupe contient 12 cas d'affections valvulaires, surtout de l'orifice mitral et aortique (insuffisance). Un cas était compliqué de dilatation du ventricule gauche par suite de surmenage, un autre de néphrite chronique et un troisième d'hépatite interstitielle. Sur ces 12 cas, 8 ne furent en rien modifiés par la teinture, mais dans 4 cas on obtint un résultat très remarquable. F. ne donna d'abord que quelques gouttes de teinture par jour, et dans quelques cas les petites doses elles-mêmes donnèrent un bon résultat. Plus tard, les doses furent augmentées, sans jamais dépasser 15 gouttes trois fois par jour. Dans quelques cas, la diurèse augmenta manifestement et monta jusqu'au double ou au triple de la quantité émise avant l'injection de la teinture. Le pouls devint plus plein, la pression augmenta, la dyspnée diminua et disparut même complètement. F. constata cependant que le remède n'agissait plus au bout de quelque temps; malgré la continuation de l'administration, cette action ne se montra plus, le phénomène s'observa aussi bien chez les malades qui furent améliorés par la teinture, que chez ceux qui, d'abord améliorés, présentèrent plus tard une aggravation dans leur état. Dans les cas rebelles, la digitale eut plusieurs fois de bons effets et provoqua une augmentation notable de la diurèse, une amélioration de l'état général. Dans deux des cas négatifs, les deux médicaments furent inefficaces. Dans les cas négatifs il semblait même que le strophantus augmentait encore le malaise du malade, ce qui pouvait du reste provenir des effets produits par la teinture sur le tube digestif. — Dans le second groupe sont rangés les cas, au nombre de trois, où le ventricule gauche était hypertrophié et dilaté, où la pression artérielle était augmentée; il y avait athérome artériel, et dans ces cas, on observe souvent de l'asthme cardiaque. Là, le médicament ne fut d'aucune utilité, tandis que dans deux cas la digitale eut un fort bon effet. Dans un des cas, le malade arriva extrêmement cyanosé à l'hôpital, et la digitale, en activant la diurèse, conjura les accidents. Le calomel eut aussi une fort bonne action diurétique chez le malade. A l'autopsie on trouva une dégénérescence fibreuse du système. Dans un troisième, les deux médicaments cardiaques ne produisirent aucun effet. Cette observation ne concorde pas avec celle des autres auteurs. — Le troisième groupe renferme trois malades atteints de troubles fonctionnels du cœur, suite d'alcoolisme, de surmenage et présentant un pouls faible, une activité cardiaque, irrégulière, de la dyspnée et des hydropysies. Dans ces cas, le strophantus eut une excellente influence, la dyspnée surtout disparut rapidement et les malades purent bientôt sortir de l'hôpital, guéris (1). La quantité de médicament administrée était dans un cas de 17 gr. 05, dans un autre cas de 21 gr. en 20 jours. Malgré l'élévation de ces doses, F. n'observa pas de phénomène d'intoxication. — Le quatrième groupe se compose de quatre malades atteints de néphrite chronique, compliquée en un cas de lésion valvulaire du cœur (insuffisance aortique). Dans un autre cas, il y avait eu autrefois du diabète. Dans ces trois cas, pas de résultats. F. a enfin observé un cas ayant présenté des phénomènes qui ne concordent pas avec ceux qu'on a observé ailleurs. Il s'agit d'un malade âgé de trente ans environ, atteint d'hépatite interstitielle, qui présentait une ascite considérable. L'alcoolisme et la syphilis n'existaient pas, au dire du malade, la rate était très hypertrophiée. L'ascite ayant été ponctionnée, on reconnut que le foie avait un peu diminué de volume. Le malade prit ensuite du strophantus à domicile, et au bout de quelques semaines l'ascite avait presque disparu, la rate restant hypertrophiée. Dans ce cas, le strophantus eut un effet antihydropique manifeste.

Voici les conclusions de Fraser :

1° La teinture de strophantus est un tonique efficace du cœur, qui ne surpasse en aucune façon la digitale, mais peut la remplacer dans certains cas. Plusieurs fois, l'effet a été nul et la digitale exerça malgré cela une influence bienfaisante sur les troubles cardiaques, la pression sanguine, la diurèse et l'état général des malades. Au contraire, chaque fois que la digitale manqua son effet, il fut impossible d'obtenir quelque bénéfice de l'emploi du strophantus.

2° Dans une série de cas où l'influence de la teinture de strophantus fut très nette, où la pression sanguine et la diurèse furent modifiées, on eut beau continuer d'administrer les gouttes, l'efficacité du remède s'atténua peu à peu, ce qui prouve que l'organisme finit par opposer de la résistance aux effets de la teinture. Ce phénomène fut surtout observé dans les cas de lésions valvulaires.

3° Le meilleur effet observé a été celui que produit le strophantus sur les troubles cardiaques fonctionnels (abus du tabac, de l'alcool, surmenage). Les lésions valvulaires furent peu influencées : l'athérome artériel, la néphrite chronique ne furent en rien améliorés. Il est vrai que le nombre des observations est restreint et peut être des observations plus nombreuses modifieront-elles ces conclusions dans ce qu'elles ont d'absolu.

4° Dans certains cas le strophantus, en améliorant les conditions de pression artérielle et en poussant à une diurèse abondante, pourra vaincre des troubles circulatoires du système porte et faire disparaître rapidement une ascite.

5° Sur aucun malade on ne vit de modifications des troubles dyspnéiques, quand ces derniers étaient indépendants de la pression sanguine et de la diurèse.

6° Des troubles dyspeptiques ne furent observés que chez quelques malades seulement.

7° Quand le strophantus a une bonne influence, celle-ci ne se montre qu'au bout de 24 heures et davantage, et non pas, comme l'affirment Pins, Zerner et Loew, au bout de 10 à 15 minutes.

En résumé, le strophantus est un bon diurétique, mais il est infidèle; il en est de même au point de vue de l'action du médicament sur le cœur et il ne peut être comparé à la digitale.

Langgaard résume en ses termes son opinion :

On ne peut nier que le strophantus agisse sur le cœur; on en obtiendra parfois de bons effets, mais les résultats expérimentaux concordent avec la clinique et montrent que le médicament nouveau ne peut remplacer la digitale et doit être considéré comme de moindre effet.

Veuillez agréer, etc. Dr Léop. Casper.

(1) Le simple repos au lit, chez nos surmenés, n'est-il pas pour beaucoup dans ce résultat ? (Note du traducteur).

Bibliothèques. — M. le Dr Henri Martin est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la Bibliothèque d'Uzès. — M. le Dr Bégin, bibliothécaire au département des imprimés de ladite Bibliothèque, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, et nommé bibliothécaire honoraire.

Caisse de secours pour les familles de médecins. — Une réunion préparatoire a eu lieu ces jours derniers chez M. Monod, directeur de l'Assistance publique, en vue de la création d'une caisse de secours pour les familles de médecins, victimes du devoir professionnel. Les externes et les internes des hôpitaux, régulièrement nommés, seront assimilés aux médecins reçus.

Sociétés de prévoyance. — M. le Dr Alphonse Desmarres vient d'être élu vice-président de la Société de prévoyance mutuelle des Enfants de la Seine.

VARIA

Les Ecoles d'Infirmières à l'étranger.

Les médecins anglais et surtout américains semblent se préoccuper beaucoup de la question des infirmiers et infirmières, si l'on en juge par les nombreux articles qu'on trouve à ce sujet dans les journaux médicaux. Ils pensent avec raison que de bons infirmiers, intelligents et instruits, comprenant ce qu'ils font et pourquoi ils le font, sont des auxiliaires précieux du médecin, non seulement dans les hôpitaux, mais même dans les maisons particulières. Leur aide, dont on peut se passer en médecine, devient au contraire très importante et presque nécessaire en chirurgie. L'usage de prendre des infirmières ayant reçu une instruction spéciale semble se propager en Amérique et en Angleterre. Mais, chez nous, c'est encore aux religieuses et à des garde-malades, aussi ignorantes les unes que les autres en général, routinières et peu soumises aux ordres du médecin qu'on a recours. Cela tient sans doute à la façon dont sont suivies les écoles d'infirmières en France et à l'étranger. Chez nous, ce sont surtout les femmes qui se destinent aux hôpitaux, qui viennent aux écoles ; les externes y viennent, mais pas autant qu'elles le devraient. A l'étranger, c'est aussi bien pour les établissements publics que pour les maisons particulières, et, tandis que chez nous les infirmières ne passent le plus souvent par l'école que pour rester dans les hôpitaux ; à l'étranger, au contraire, elles y passent pour obtenir un grade, un diplôme, qui leur permette d'exercer ensuite pour leur propre compte. On jugera du reste mieux de ces différences dans les différents résumés que nous faisons ci-après d'articles divers, soit américains, soit anglais. Dans le *Boston medical and Surgical Journal* (sept. 1887, p. 193), Alfred Worcester s'exprime ainsi à propos d'une école d'infirmières à Waltham :

Depuis 25 ans, l'hôpital de la Nouvelle-Angleterre pour femmes et enfants a commencé dans ce pays l'instruction des infirmières, qui aujourd'hui ont à répondre à des demandes de plus en plus nombreuses dans la clientèle privée. Il est à remarquer que non seulement les médecins n'ont pas pris l'initiative de ces écoles d'infirmières, mais en ont même empêché le progrès, par leur opposition dans les hôpitaux et par leurs demandes déraisonnables aux diplômées des écoles sous le rapport de leur service, ne comprenant pas que les écoles n'avaient pour but que de fournir des aides intelligentes. D'autre part, les infirmières dans la pratique privée n'ont pas su toujours se plier au service varié des différents médecins, ce qui tient aux défauts des méthodes actuelles d'enseignement.

Le devoir de cet enseignement incombe aux médecins si on veut que dans les petites villes on ait des infirmières comme il en existe déjà dans les grandes. Mais pour former ces infirmières, il est désirable qu'on ait un plan général. Il n'est pas difficile de trouver de jeunes et fortes femmes pour recevoir cette instruction et les écoles actuellement existantes ont de nombreuses demandes. Mais beaucoup ne veulent pas quitter leur ville natale et y manquent de médecins pour les instruire. — Quelles doivent être les bases de cet enseignement ?

L'infirmière n'a pour devoir que d'exécuter une ordonnance et de noter les symptômes qui se manifestent. Elle peut être ignorante de la théorie mais doit avoir quelques connaissances de la pratique de la médecine. Elle n'a pas besoin de savoir quand un purgatif doit être donné, mais elle doit savoir ce qui survient quand il en a été administré un. Dans certains cas, elle doit savoir les principes sur lesquels reposent les règles, ce qui l'aidera à les retenir, comme par exemple dans le cas de syncope. Elle doit être capable d'exécuter intelligemment et de rapporter de même les changements survenus chez le malade, et avoir par conséquent quelques notions d'anatomie et de physiologie, sur la marche des maladies connues, sur les effets des principales drogues puissantes. Elle doit savoir assez d'anatomie pour se servir des termes d'anatomie descriptive et les comprendre. Quant à la matière médicale, il est difficile de dire ce qu'on doit en savoir. L'essentiel est de pouvoir éviter des erreurs graves dans l'administration de médicaments. Il n'y a pas de mal à ce que l'infirmière en sache trop sous ce rapport.

On peut donner l'enseignement dans des leçons régulières, le soir ou l'après-midi. L'infirmière doit en outre apprendre comment faire cuire les aliments pour les malades, et tenir leur chambre en bon ordre, ce qui est l'affaire des femmes. Dans les écoles hospitalières les infirmières-élèves ont l'avantage de travailler avec des infirmières instruites qui leur montrent tout cela. On doit leur apprendre à lire des notes cliniques à haute et intelligible voix et à les prendre elles-mêmes. Sur un mannequin on leur montrera l'application des appareils, bandages, etc. On peut aussi leur faire pratiquer le massage. Quand une infirmière sait préparer le lit du malade, le déshabiller, le coucher, comment placer le bassin, le travail du médecin devient facile.

Une école de ce genre est en pleine prospérité déjà à Waltham, la plus jeune cité du Massachusett. Les élèves y sont payées et se font payer par les clients. La première année les recettes ont seulement monté à 90 % des dépenses, mais la seconde année elles ont dépassé les dépenses. Si j'appelle l'attention sur cette école, c'est moins pour son succès financier que parce qu'elle a répondu à un grand et général besoin.

Voici d'autre part ce que dit le *New Orleans medical and Surgical Journal* (nov. 1887, p. 395) :

« Louisville vient de fonder une école d'infirmières. On avait déjà fait des efforts pour en fonder une à la Nouvelle Orléans mais les jalousies des sectes religieuses l'ont fait tomber. A Louisville le Comité dirigé par Miss Moss s'est arrangé avec les autorités civiles pour donner un enseignement d'une durée de 2 ans. On y est reçu en tout temps, sauf juillet et août, quand il y a une vacance. A l'entrée on passe un petit examen de lecture, d'écriture, d'arithmétique et de dictée. La première année les infirmières servent comme aides dans les quartiers de l'hôpital de la Cité. La seconde année elles remplissent quelques fonctions assignées par la superintendante soit dans l'hôpital, soit dans des maisons particulières ou chez les pauvres où on les envoie.

Le prix de la première année et de 6 francs par mois, et de 10 francs la seconde, pour l'habillement, les livres et autres dépenses ; le logement, l'instruction et la nourriture étant considérés comme l'équivalent des services rendus. La durée du travail est de 8 heures du matin à 8 heures du soir, avec une heure pour le repas. En outre il y a un jour par semaine congé l'après-midi. »

Il n'est pas jusqu'au Japon où cet exemple des écoles d'infirmières ne s'étende, et nous trouvons dans *The Sei-i-Kwai medical Journal*, de Tokyo (fév. 1887), écrit en anglais et en chinois, une étude très importante de M. John Berry sur la comparaison entre l'ancien et le nouveau régime d'infirmières, sur les méthodes d'enseignement qu'on doit leur appliquer et les matières qu'elles doivent connaître. Cet article donne en même temps d'intéressants renseignements sur l'état de la question des Ecoles d'infirmières à l'étranger. Aussi en donnons-nous un aperçu un peu plus long.

L'auteur signale d'abord le grand intérêt qu'on a pris depuis trente ans dans la plupart des nations civilisées à l'art de soigner les malades. Il reproche au système usité en France et dans la plupart des pays Européens, d'avoir des infirmières dépendant de l'église qui les emploie et ne reconnaissant pas toujours l'autorité de l'hôpital dans lequel elles travaillent, ou du médecin dont elles devraient suivre la direction. Le système anglais et américain qui soustrait ce travail au contrôle de l'église et des prêtres, et le place, financièrement, sur une base indépendante, et professionnellement, sous le contrôle du médecin, est meilleur.

En Angleterre il y a maintenant de nombreuses écoles d'infirmières, et en Amérique il y en a trente-deux. Les écoles de ce dernier pays emploient cent cinquante professeurs et ont déjà fourni à la République et au monde plus de mille infirmières instruites.

Il compare ensuite le nouveau système à l'ancien, soit à l'hôpital, soit chez les particuliers, dans lequel les infirmières, par ignorance, laissaient leurs malades mourir faute de soins intelligents, ne connaissant pas un mot d'anatomie ni de phy-

siologie, ne sachant ni les lois ni l'importance de la ventilation, ni la préparation de la nourriture pour les malades, ni l'administration des remèdes ou l'observation de leurs effets, et ce qui est pire n'ayant dans la plupart des cas aucun désir de faire aussi bien qu'elles savaient. Pas franches avec le médecin elles n'obéissent pas à ses instructions, et si un riche malade les réclame, elles négligent le pauvre pour y courir. Au lieu de cela avec le nouveau système le médecin peut s'enquérir auprès de l'infirmière de tous les symptômes antérieurs à sa visite, lui faire prendre la température, le pouls. Il sait que ses ordonnanees seront exécutées suivant les règles prescrites, et qu'il sera prévenu de tout ce qui pourra survenir. L'infirmière peut noter le caractère du délire, du repos, de la stupeur ou du sommeil, et tout ce qui d'ailleurs concerne le malade.

La création d'une école d'infirmières au Japon s'impose et dans l'intérêt même des malades, et dans l'intérêt même de la médecine qui ne peut qu'y gagner. Sans compter que beaucoup de femmes seront heureuses de trouver cet emploi honorable soit pour vivre soit pour soutenir leur famille. Enfin il propose une école dont voici les règlements ;

Admission. — Les demandes pour suivre un cours d'instruction sont adressées au superintendant de l'Ecole. L'âge le plus convenable pour les candidats est de 30 à 40 ans. Elles doivent être en bonne santé et doivent accompagner leur demande d'un certificat de médecin le constatant; un autre émanant d'une personne responsable signale leur bon caractère et leur bonne santé. Avec ces preuves en main elles peuvent être admises à l'école.

Les élèves seront requises d'entrer à l'école dans l'espace de dix-huit mois. Pendant le premier mois elles seront reçues provisoirement. Au bout de ce temps leur capacité pour la profession sera jugée et elles seront autorisées à continuer leurs études.

Intelligence. — Les exigences au point de vue intellectuel sont pour être admises :

Etre capable de lire les saintes Ecritures intelligiblement. Etre capable d'écrire lisiblement. Etre prompte et soigneuse pour prendre une observation.

Elèves. — Les infirmières résideront dans la partie consacrée aux infirmières dans l'hôpital et serviront comme aides-infirmières dans les quartiers. Elles devront être sobres, honnêtes, fidèles, véridiques, ponctuelles, tranquilles, ordrées, propres, patientes et douces. Elles seront assujetties aux règles de l'école. Dans le cas de mauvaise conduite, celles qui en sont chargées seront juges de les garder ou de les renvoyer.

Dépense. — L'uniforme d'hôpital des infirmières sera fourni par l'hôpital, les autres effets étant à leur charge.

Instruction. — La superintendante des infirmières sera chargée de l'école avec l'avis de son associée et du Directeur médical de l'établissement. L'instruction sera exclusivement donnée par la supérintendante et ses assistantes. Des leçons et des démonstrations seront aussi faites par le Directeur médical. Des examens, surtout sur les points pratiques, seront passés de temps en temps.

Le cours d'études comprendra des leçons d'après des manuels sur les soins aux malades, des leçons sur l'anatomie, la physiologie et l'hygiène et des leçons sur les saintes Ecritures. En outre de l'instruction théorique et pratique, l'infirmière travaillera dans les quartiers de l'hôpital et aura l'occasion d'un travail pratique parmi les malades pauvres de la ville.

Les cours pratiques comprendront : Le pansement des vésicatoires, des pointes de feu et des plaies, et l'application de fomentations et de cataplasmes; les ventouses, les sangsues et leur traitement consécutif ; la prise de la température, du pouls et de la respiration; l'application du massage au corps et aux extrémités de la meilleure manière dans les différentes maladies; — l'administration des douches vaginales et le cathétérisme ; — la manière de placer les malades dans leurs lit, de les remuer, de les changer de lit et de vêtements, de les tenir chaudement ou fraichement, de prévenir les eschares, de les nourrir, etc., etc. ; — instruction spéciale pour les infirmières en ophthalmologie ; — la confection des bandages et leur application ; l'administration des médicaments et de l'éther pour les opérations chirurgicales ; — la cuisson, la préparation et l'administration de la nourriture aux malades ; des indications pratiques sur la manière de se conduire charitablement auprès des malades pauvres à domicile.

Une instruction pratique leur sera aussi donnée sur les méthodes les plus pratiques pour rafraîchir l'air, chauffer et ventiler les chambres des malades, pour nettoyer et désinfecter tous les instruments, etc., et pour observer avec soin l'état des sécrétions, de l'expectoration, du pouls, de la respiration, de la peau, de la température, des éruptions, du sommeil, des conditions mentales, telles que délire, stupeur, etc., etc.; l'état des plaies, de l'appétit, l'effet de la diète, des stimulants et des médicaments ; et la façon d'aménager les convalescents.

Les élèves apprendront et seront obligées dans leur travail dans les services, à être loyales avec les médecins, à chercher toujours à donner confiance au malade dans ses médecins, leur rapportant tout ce qui est important concernant les malades, disant leurs désirs pour les soins et le traitement, et dans la mesure du possible coopérant à leur importante besogne. Quand le terme des études est arrivé, les infirmières ainsi instruites recevront, après examen final, des diplômes certifiant leur connaissance dans les soins à donner aux malades et leur habileté. Après quoi, elles seront libres de choisir leur propre champ de travail. Elles trouveront de nombreuses occasions d'être utiles et charitables, dans les hôpitaux privés et publics, et comme infirmières privées.

Enfin, à Chicago (*The Journ. of the american med. Association*, juillet 1887, p. 129), M. Samuel Adams propose de créer des écoles pour les femmes qui élèvent les enfants. C'est peut être spécialiser un peu trop, mais enfin l'idée est nouvelle et les considérations qu'il donne valent la peine d'être citées :

« L'auteur considérant que les soins donnés aux enfants en bas âge sont presque toujours absurdes et antinaturels, propose comme moyen de parer aux inconvénients résultant de la mauvaise direction des enfants, de fonder des écoles spéciales d'enseignement pour les nourrices. L'art d'élever les enfants devient peu à peu plus conforme à la raison et au sens commun, quoique les nourrices gardent encore des préjugés traditionnels. Si les jeunes mères sont si faciles à se laisser influencer par les méthodes déplorables des nourrices, il y a intérêt à instruire les nourrices.

Il y a une règle dans toutes les professions, c'est qu'on doit avoir des connaissances générales sur le travail à faire avant de l'entreprendre.

Tous les enfants réclament une éducation physique et morale. La mère ne considère comme devoirs d'une nourrice que de laver, habiller et nourrir l'enfant. Mais l'auteur pense qu'elle doit porter son attention aussi bien sur les soins physiques que sur les soins intellectuels de l'enfant. L'ignorance des méthodes pour nourrir est malheureuse, et il serait utile que la nourrice apprit ces méthodes d'un professeur. Le succès des écoles d'infirmières en a démontré l'utilité pour les malades. Il serait aussi important d'avoir une école pour les nourrices. Avec les infirmiers, nous pouvons mieux soigner; avec les secondes, nous pourrons mieux prévenir la maladie.

L'école comprendrait des instructeurs chargés de faire des leçons sur les sujets variés concernant l'élevage et l'entretien des enfants ; les qualités de la nourriture, les régimes pour les différents âges, la meilleure manière de préparer les aliments et leur digestibilité ; les vêtements appropriés à l'enfant ; les exercices à lui donner ; les effets de l'atmosphère, de l'habillement insuffisant ou exagéré.

Quelques notions de l'anatomie et de la physiologie de l'enfant seraient utiles pour prévenir la violation des lois physiologiques.

On leur apprendrait que le meilleur moyen d'enseigner aux enfants est la vue, l'ouïe, le goût, l'odorat et le toucher. Par l'exemple, on leur donnerait la propreté, les bonnes manières. Enfin, il est très important d'étudier les particularités variées du caractère et les dispositions de l'enfant, de façon à le modeler, tout en se conformant à sa nature.

Ces extraits, mieux que tout ce que nous pourrions dire, montrent quels avantages on peut retirer des écoles d'infirmières, et de quelle utilité sont pour le médecin des in-

firmières bien dressées. Il est regrettable qu'en France les idées à ce sujet soient aussi arriérées et routinières, et qu'on attaque ceux qui les défendent et les appliquent, malgré le succès qui couronne leur œuvre et les services qu'ils rendent. On n'a qu'à regarder ce qui se passe à l'étranger pour voir que l'idée d'instruire des infirmières laïques n'est pas si absurde et est, au contraire, adoptée par tous les médecins soucieux des véritables intérêts de leurs malades. P. S.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 20. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Déjérine.

MARDI 21. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quinquaud, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Proust, Troisier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Richet, Tarnier, Campenon ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. G. Sée, Jaccoud, Ballet. — (2e *Série*) : MM. Peter, Fernet, Joffroy.

MERCREDI 22. — 1er *d'Officiat* (définitif) : MM. Marc Sée, Rémy, Reynier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, A. Robin, Brissaud. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Ollivier, Chauffard.

JEUDI 23. — 3e *de Doctorat* oral (1re partie) : MM. Panas, Bouilly, Brun. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Cornil, Raymond.

VENDREDI 24. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Kirmisson, Segond ; — (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Delens, Ribemont-Dessaignes ; — (2e partie) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier.

SAMEDI 25. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Bouilly Campenon ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Panas, Brun, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Tarnier, Peyrot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 23. — M. Houdet. Quelques considérations médicales sur l'escadre de l'amiral Courbet. — M. Mars. Etude sémiologique du délire hypochondriaque. — M. Rebillard. Du traitement des végétations des organes génitaux externes. — M. Moreau. Du décollement prématuré du placenta inséré normalement pendant les 3 derniers mois de la grossesse. — *Vendredi* 24. — M. Blocq. Des contractures. — M. Riocreux. Syphilis. — Hérédité paternelle. — *Samedi* 25. — M. Pons. De quelques considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. — Injections hypodermiques d'eucalyptol. — M. Lamy. Du vomissement utérin en dehors de la grossesse. — M. Leconte-Marcel. La résorcine en médecine.

Enseignement médical libre.

Cours particuliers de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours le mardi 28 février à 8 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, no 5, et le continuera les mercredi, jeudi et vendredi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par l'exercice de la profession médicale. Pour cela, ils travaillent individuellement et répètent eux-mêmes tous les exercices. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit chez M. le Dr Latteux, 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de une heure à deux heures.

FORMULES

VI. — Dyspepsie et gastralgie.

VI.	Elixir de garus.	250 gr.
	Eau distillée.	50 gr.
	Acide chlorydrique médical.	2 gr. 50 cent.
	Chlorhydrate de cocaïne. .	0 gr. 50 cent.

Un verre à liqueur après chaque repas. (HUCHARD).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 5 février 1888 au samedi 11 février 1888, les naissances ont été au nombre de 1241, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 478 ; illégitimes, 151. Total, 629. — *Sexe féminin* : légitimes, 464 ; illégitimes, 148. Total, 612.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 5 février 1887 au samedi 11 février 1888, les décès ont été au nombre de 1131, savoir : 592 hommes et 539 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 2. T. 9. — Variole : M. 7, F. 6, T. 13. — Rougeole : M. 7, F. 6. T. 13. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 0, F. 4. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 25 F. 27, T. 52. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 122, F. 79. T. 201. — Autres tuberculoses : M. 15, F. 14. T. 29. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 5. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 29. T. 49. — Méningite simple : M. 21, F. 17. T. 38. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 27. T. 55. — Paralysie : M. 2, F. 6. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 10, F. 6. T. 16. — Maladies organiques du cœur : M. 33, F. 36. T. 69. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 20 T. 37. — Bronchite chronique : M. 23, F. 26. T. 49. — Broncho-Pneumonie : M. 22, F. 22. T. 44. — Pneumonie M. 34, F. 41. T. 75. — Gastro-entérite, biberon : M. 11, F. 13. T. 24. — Gastro-entérite, sein : M. 17, F. 5. T. 22 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 0. T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 19, F. 20, T. 39. — Sénilité : M. 12, F. 28. T. 40. — Suicides : M. 5, F. 4 T. 9. — Autres morts violentes : M. 7. F. 7. T. 14. — Autres causes de mort : M. 116 F. 71. T. 187. — Causes restées inconnues : M. 3. F. 6. T. 9.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 72, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 28, illégitimes, 12. Total : 40. — *Sexe féminin* : légitimes, 22 ; illégitimes, 10. Total : 32.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Les réparations nécessaires au grand Amphithéâtre, par suite de l'incendie, ont été terminées mercredi. La reprise des cours, dans cet amphithéâtre, a eu lieu le jeudi 16 février courant. — La liste de présentation des candidats à la chaire de Pathologie expérimentale et comparée, vacante depuis la mort de Vulpian, est la suivante : En première ligne, M. STRAUS, à l'unanimité ; en deuxième ligne, M. Hanot. — *Concours pour le prosectorat.* Désormais, l'épreuve dite des pièces sèches sera supprimée et remplacée par une épreuve de dissection extemporanée. Les autres épreuves ne sont pas modifiées.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON. — M. ROUX (G.) docteur en médecine, licencié ès sciences physiques, délégué dans les fonctions de chef de travaux du laboratoire de clinique médicale à ladite Faculté, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, chef des travaux dudit laboratoire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BESANÇON. — M. CHENEVIER, ancien directeur, est nommé directeur honoraire de ladite Ecole. — M. SAILLARD, professeur de clinique chirurgicale, est nommé pour trois ans, directeur de ladite école, en remplacement de M. Chenevier, démissionnaire.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. RIPOLL, professeur de clinique chirurgicale à l'ancienne école préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, est nommé professeur honoraire à ladite Ecole.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Nouveaux docents à la Faculté médicale de Vienne.* MM les Drs V. HACKER (chirurgie), KOLISKO et PALTAUF (anatomie pathologique), EHRMANN (dermatologie et syphilis), NEISSER (médecine interne) et HOCHSLETTER (anatomie normale) ont été tous admis comme *privat-docentes* à la Faculté médicale viennoise. — *Seconde chaire pour l'anatomie normale à la Faculté médicale de Vienne.* Un comité consistant en M. le professeur Kundrat, doyen de la Faculté médicale de Vienne et de MM. les professeurs Brucke, Meynert, Billroth, Albert et Toldt, a été nommé par la collège professoral médical pour choisir les candidats dignes d'occuper la seconde chaire d'anatomie normale qui est devenue vacante par le décès de M. le professeur de Langer. — *Professeurs ordinaires et extraordinaires à la Faculté médicale de Vienne.* Le ministre de l'instruction publique d'Autriche a adressé une question au collège professoral médical de Vienne, pour savoir si la Faculté médicale de Vienne croyait opportun de transformer les deux professorats extraordinaires de dermatologie (Kaposi) et de syphilis (Neumann) en des professorats ordinaires. Le rapporteur, M. le professeur Albert, quoiqu'il reconnût les grands mérites des deux professeurs en question, déclara qu'une telle transformation n'était pas nécessaire pour l'instruction, que l'instruction de ces branches ne souffrait en rien dans l'état actuel et que par la transformation des deux chaires extra ordinaires en des chaires ordinaires, les représentants des branches spéciales gagneraient une prépondérance dans le collège professoral. Le collège professoral a accepté l'opinion de M le professeur Albert presque à l'unanimité. — *Faculté de Padoue.* M. le professeur Brunetti, de Padoue, vient d'être suspendu de ses fonctions ; il est accusé d'exciter les étudiants contre ses collègues et de susciter des troubles.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour la nomination à deux places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer.* Le lundi 12 mars 1888, à une heure précise, il sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, un concours pour la nomination à deux places d'interne à l'hôpital de Berck-sur-Mer. Le registre d'inscription restera ouvert, de onze heures à trois heures, depuis le lundi 13 février 1888, jusqu'au lundi 27 du même mois inclusivement.—Conditions de l'admission au concours et formalités à suivre : Seront admis à prendre part à ce concours : les élèves externes des hôpitaux de Paris ; les élèves en médecine de 3e année, au moins, qui auront fait six mois de stage régulier dans un des services de médecine ou de chirurgie des hôpitaux de Paris ; les étudiants qui réclameront leur inscription et qui ne seront pas attachés en qualité d'externes aux hôpitaux de Paris, devront produire : un certificat de revaccination de date récente ; un certificat de bonne vie et mœurs délivré par le maire de la commune où ils sont domiciliés ; un certificat des inscriptions prises à la Faculté de médecine. Les élèves externes des hôpitaux de Paris, comme les étudiants de 3e année, ne pourront être inscrits qu'après avoir pris l'engagement, formulé par écrit, de rester attachés, pendant une année au moins, à l'hôpital de Berck. Les épreuves pour le concours aux places d'élèves internes à l'hôpital de Berck-sur-Mer sont réglées ainsi qu'il suit : 1° une épreuve écrite consistant en une composition sur un sujet d'anatomie et sur un sujet soit de petite chirurgie, soit de pathologie interne ou externe. Il sera accordé aux candidats une heure pour faire cette composition. 2° Une épreuve orale sur une question de pathologie interne ou de pathologie externe. Cette question pourra être relative à la pathologie infantile. Il sera accordé cinq minutes à chaque candidat pour développer cette question après cinq minutes de réflexion. L'indemnité annuelle attachée aux fonctions d'interne de l'hôpital de Berck-sur-Mer est fixée à 1,200 francs, indépendamment des avantages en nature, du logement, de la nourriture, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage. — *Nota.* Les certificats délivrés par les médecins ou fonctionnaires étrangers à l'administration de l'Assistance publique devront être légalisés.

HÔPITAUX DE MARSEILLE. — La liste des internes des hôpitaux de Marseille que nous avons publiée dans notre dernier numéro comprend les noms des internes actuellement en exercice. Un seul interne a été nommé au concours de 1887, M. Martino. Les externes nommés pour 1888 sont MM. Brun, Bourcart, de Bovis, Roux, Villard, Sepet, Dufour, Beltremi, Laugier, Zop.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — MM. Navarre, conseiller municipal de Paris ; Blouet, membre de la chambre de commerce ; Thuillier, administrateur du bureau de bienfaisance du Xme Arrondissement ; le Dr Brouardel, doyen de la Faculté de médecine ; Risler, chimiste, maire du VIIe Arrondissement ; Bernheim, avoué à la cour d'appel, sont nommés membres du conseil de surveillance.

ASILE DE BONNEVAL (Eure-et-Loire). — M. le Dr CAMUSET, médecin en chef de l'Asile de Clermont (Oise), vient d'être nommé médecin-directeur de l'Asile de Bonneval.

ASSOCIATION DES ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES ASILES DE LA SEINE. — MM. les anciens internes sont priés de faire connaître, à la salle de garde de Ste-Anne, leur adresse exacte.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Ces jours derniers, les médecins et les pharmaciens de la marine se sont réunis à Paris. Un banquet a eu lieu.

CONGRÈS DE MÉDECINE INTERNE DE WIESBADEN. — Le Congrès de médecine interne aura lieu le 12 avril 1888, à Wiesbaden. Le président sera M. Leube (de Wurzbourg). Les communications suivantes seront faites à ce Congrès : lundi 9 avril, *Maladies chroniques du muscle cardiaque et leur traitement ;* rapporteurs, MM. les Drs Artel (de Munich) et Lichtheim (de Berne). — Mardi 10 avril, l'*Alcool comme médicament* ; rapporteurs, MM. les Drs Binz (de Bonn) et Von Jaksch (de Graz). — Mercredi 11 avril, *Prophylaxie et traitement du choléra asiatique ;* rapporteurs, MM. les Drs Cantani (de Naples) et Pfeiffer (de Wiesbaden). — Citons encore : M. Rumpf (de Bonn), des *Déplacements du cœur.* — M. Unverricht (d'Iéna), *Recherches expérimentales sur le mécanisme des mouvements de la respiration.* — M. Adamkiewicz : *Dégénérations combinées de la moelle.* — M. Janoski (de Ciacone), *Recherches expérimentales sur les troubles digestifs.* — M. Stiller : *Traitement de la maladie de Basedow et diagnostic des tumeurs du rein.* — M. Pfeiffer (de Wiesbaden), *Des sels de l'urine.* — M. Binswanger (d'Iéna), *Pathogénie de l'accès épileptique.* — M. Jurzensen (de Tubingue), *De la septico-pyœmie cryptogénétique.*

FEMMES-MÉDECINS. — Une jeune fille vient d'obtenir le diplôme de docteur en médecine à Mexico ; c'est la première fois qu'une mexicaine se distingue de la sorte. Aussi, à ce qu'il paraît, a-t-on cru, à cause de cet événement extraordinaire, devoir organiser une fête.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — Conformément à l'article 12 du statut-règlement, l'ouverture de la session générale aura lieu jeudi, 26 avril prochain ; le lieu et l'heure de la réunion seront indiqués ultérieurement dans la circulaire de l'ordre du jour des séances.

1° Art. 29. — Le manuscrit de tout mémoire présenté ou lu dans les séances de la session sera écrit en français. Il doit être adressé au secrétaire ou déposé, au plus tard sur le bureau, dans la séance où doit avoir lieu la lecture. A défaut du manuscrit, le titre des communications sera adressé à M. le secrétaire avant le 25 mars prochain.

2° Art. 4. — Pour être nommé membre titulaire, il faut remplir les conditions suivantes : 1° Etre docteur en médecine ; 2° Adresser une demande d'admission à M. le secrétaire ; 3° Joindre à cette demande un mémoire imprimé ou inédit sur les travaux dont s'occupe la société ; 4° Etre présenté par deux membres titulaires.

3° Art. 39. — Tout membre qui après deux avertissements officiels, aura laissé s'écouler une année entière sans verser entre les mains du trésorier, M. le Dr Ménière, 3, place de la Madeleine, le montant (15 fr.) de sa cotisation, sera considéré comme démissionnaire.

TRAINS SANITAIRES. — Une nouvelle expérience sur les trains sanitaires a été faite récemment. Les résultats ont été favorables.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr CHAUSIT, décédé le 11 février dernier. — M. le Dr GENTILHOMME, professeur de pathologie chirurgicale à l'Ecole de médecine de Reims, mort à l'âge de 51 ans. — M. le Dr PERRIN (de Lyon). — M. le Dr FAURÈS (de Toulouse).— M. le Dr PALLÉ, médecin principal de 1re classe. — M. le Dr BOHN, professeur de pédiatrie à la Faculté de Kœnigsberg. — M. le Dr DIETZ (de Munster). — M. le Dr LAGET, médecin major.

Avis à nos lecteurs.

Assainissement des villes.

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous adresser des renseignements sur le tout à l'égout, et l'utilisation agricole des eaux d'égouts dans les villes de leur région. L'importance de ces questions nous excusera auprès d'eux de notre insistance à leur demander ces renseignements. Il s'agit là, en effet, de questions d'un intérêt considérable au point de vue de l'hygiène.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE.—Le Dr A. VOISIN a recommencé ses conférences cliniques sur les maladies nerveuses et mentales le dimanche 12 février 1888 ; il les continuera les dimanches suivants à neuf heures et demie.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES, 149, rue de Sèvres. — M. le Dr DESCROIZILLES commencera ses leçons de pathologie et de clinique infantile, le vendredi 24 février, à 9 heures, et les continuera les vendredis suivants, à la même heure. Examens des malades avant la leçon, salle Saint-Augustin. Consultation le mardi, à 9 heures et demie.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 8. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 25 FÉVRIER 1888

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sarcome de la cuisse.

Leçon de M. le Professeur **U. TRÉLAT.**

Recueillie et rédigée par le Dr **Ch. H. PETIT-VENDOL**, chef de clinique, et revue par le Professeur (1).

Messieurs,

J'ai à vous entretenir, ce matin, d'un cas intéressant, important et grave. Le malade, que vous avez eu le loisir d'examiner dans le service, salle Saint-Pierre, n° 6, depuis 6 ou 7 jours qu'il y est arrivé, m'a été adressé par un de mes excellents confrères et amis d'Auvergne, pour être traité d'une volumineuse tumeur de la cuisse droite ; c'est un garçon de 22 ans, bien bâti, vigoureux, et qui ne présente dans son aspect extérieur aucune particularité susceptible de faire soupçonner la gravité du mal dont il est atteint. Ses antécédents personnels sont excellents : en dehors d'une fièvre éruptive qu'il a eue pendant son enfance, et qui, d'après ses renseignements, paraît avoir été une variole bénigne, il a toujours joui d'une bonne santé ; il n'a jamais eu aucun accident syphilitique. Ses antécédents de famille ne sont pas moins satisfaisants : ses parents sont vivants et bien portants ; son père, après avoir séjourné aux colonies pendant la durée de son service militaire, est rentré en France complètement indemne de toutes les affections auxquelles les Européens sont exposés dans ces lointains parages.

Il y a 15 mois que ce jeune homme a ressenti les premiers symptômes de sa maladie actuelle, qui consistaient en une sensation d'engourdissement, de fatigue, localisée à la cuisse droite. Cette sensation était surtout marquée le soir ; elle s'accentuait sous l'influence de la marche, et devenait alors assez pénible pour qu'il redoutât tout exercice. Il n'y avait dans ce malaise rien qui ressemblât à des fourmillements, à des crampes, non plus qu'à des douleurs fulgurantes ou à des douleurs névralgiques : engourdissement, fatigue, sans rien de plus, tels sont les termes dont le malade lui-même se sert pour caractériser ce qu'il éprouvait.

Il y a un an, en palpant ce membre endolori, il s'aperçut de l'existence d'une tumeur vers le milieu de la partie postérieure de la cuisse. Cette tumeur, qui avait à peu près le volume d'un œuf de poule, était mobile sous la peau, dure, et absolument indolente à la pression ; depuis lors, elle a augmenté de volume petit à petit en conservant les mêmes caractères, pour arriver progressivement, sans poussées d'accroissement brusque, aux dimensions considérables qu'elle présente aujourd'hui. La marche restait pénible et fatigante, mais il n'y avait toujours aucune douleur spontanée, aucun élancement, aucune crampe ; la vigueur, la musculature, l'embonpoint se maintenaient intacts ; toutes les fonctions s'exécutaient normalement ; en un mot, la santé générale demeurait parfaite, et c'est dans ces conditions d'état général excellent que ce jeune homme vient réclamer nos soins.

(1) Leçon faite le 12 février 1884, à l'hôpital Necker.

La tumeur, actuellement très volumineuse, occupe la région postérieure de la cuisse droite, dont elle dépasse les saillies et déforme les contours. Elle affecte une forme assez régulièrement ovoïde, à grand axe parallèle à celui du membre, et mesure, de l'un de ses pôles à l'autre, une longueur de 26 centimètres. Son extrémité supérieure est séparée du pli fessier par un intervalle de 8 centimètres ; son extrémité inférieure atteint le sommet du creux poplité. Dans le sens transversal, elle s'avance en dehors jusque vers la partie moyenne de la face externe de la cuisse ; en dedans, elle fait une saillie plus accentuée, empiétant sur la face interne du membre et arrivant presque jusqu'à la partie antérieure. Pourtant, ce n'est là qu'une apparence, et une palpation minutieuse permet de reconnaître que, dans la profondeur, la masse morbide s'étend un peu plus en avant du côté externe que du côté interne.

La peau qui la recouvre est très vasculaire et sillonnée par plusieurs veines variqueuses, flexueuses, et d'assez fort calibre. Elle ne présente aucune ulcération, aucune rougeur inflammatoire ; on y remarque seulement quelques légères traces d'eczéma pilaris, et un certain nombre de vergetures, de craquelures, qui attestent la distension considérable qu'elle a subie. Quand on examine le membre reposant sur le lit dans la rectitude, les téguments ne se laissent déplacer que dans des limites assez restreintes, et si l'on se bornait à cette seule épreuve, on conclurait inévitablement à un commencement d'adhérences. Or, cette mobilité limitée ne reconnaît d'autre cause que la distension même de la peau, car il suffit, pour rendre à celle-ci toute sa liberté de glissement sur les parties sous-jacentes, de fléchir la jambe sur la cuisse. La peau est donc libre et n'adhère nullement à la tumeur.

Cette tumeur offre une consistance partout homogène et uniformément rénitente ; sa surface est régulière et sans bosselures ; en aucun point on n'y perçoit de battements ni de mouvements d'expansion. En poursuivant l'examen, nous constatons un premier fait important : c'est qu'elle est sous-aponévrotique ; en effet, elle est bridée, tendue, lorsque le membre reste dans le repos complet, et elle se fixe, en même temps qu'elle durcit notablement, lorsqu'on invite le malade à contracter les muscles de sa cuisse. Dans les conditions inverses, c'est-à-dire quand les muscles sont à l'état de relâchement, on peut, par des pressions alternatives sur ses extrémités supérieures ou inférieures, lui faire exécuter un mouvement de bascule très accentué, et si, la saisissant ensuite à pleines mains, on lui imprime des impulsions dans le sens transversal, on voit et l'on sent qu'elle se déplace facilement, en exécutant d'un côté à l'autre une excursion assez étendue. Cette mobilité ne dépend pas d'un mouvement de charnière ou de battant de porte, comme celle qui s'observe dans les cas de tumeur pédiculée adhérente à un os : c'est un déplacement en masse par glissement sur les parties profondes. Donc, second fait important, la tumeur est indépendante du squelette.

Le tendon du demi-membraneux semble se perdre dans sa partie inférieure ; mais, en provoquant des con-

tractions de ce muscle, on reconnaît aisément que son corps charnu est simplement étalé à la surface du néoplasme, et nullement englobé par lui. Des explorations semblables permettent de constater, avec une certitude plus complète encore, que les autres muscles voisins de la tumeur se comportent vis-à-vis d'elle comme le demi-membraneux; ils sont comme lui refoulés, mais non envahis.

Ainsi donc, tumeur sous-aponévrotique, sans adhérences avec le squelette ou avec le périoste, et refoulant, sans les envahir, les muscles voisins, le demi-membraneux tout particulièrement.

Il n'existe aucun phénomène de paralysie motrice, même limitée; tous les mouvements sont conservés, tous les muscles se contractent avec vigueur; on ne trouve nulle part à la cuisse le moindre phénomène d'atrophie; d'ailleurs, tout cela marche de pair. La sensibilité n'a pas subi le plus léger trouble dans ses diverses modalités; il n'y a non plus aucun désordre du côté des fonctions accessoires, telles que la sécrétion de la sueur. Les muscles de la jambe ne présentent pas trace d'atrophie: les deux mollets ont la même circonférence (32 centimètres). L'intégrité des muscles de la cuisse au niveau de la tumeur n'impliquait pas nécessairement l'intégrité des muscles de la jambe, car s'il s'agissait d'un névrome du sciatique dans sa portion fémorale, ces derniers pourraient très bien être atrophiés, sans que les premiers fussent atteints dans leur nutrition. Il n'existe aucun engorgement ganglionnaire, ni dans l'aine, ni dans le creux poplité, ni dans la fosse iliaque. Enfin, le malade n'accuse aucun symptôme douloureux, aucun retentissement nerveux quel qu'il soit, aucun élancement, et cette indolence parfaite de la tumeur ne se dément à aucun moment sous les diverses manipulations que nous lui faisons subir pour arriver à en reconnaître les connexions et la nature.

Telle est l'histoire de ce jeune homme. Elle est, vous le voyez, peu complexe, ce qui n'empêche pas que nous nous trouvions là en face d'un diagnostic assez délicat. En résumé: sujet jeune, vigoureux; tumeur dure, homogène, indolente, à marche rapide, sans nul retentissement nerveux, ganglionnaire ou vasculaire; voilà pour la physionomie générale du cas. Tumeur mobile sur les parties profondes dans le sens transversal, et basculant facilement sous l'influence de pressions exercées alternativement sur ses deux extrémités: donc, tumeur sans connexions avec le fémur ou son périoste. D'ailleurs, les renseignements du malade nous apprennent qu'elle a toujours été libre au milieu des parties molles, et nos constatations actuelles nous prouvent qu'elle n'a pas contracté ultérieurement, avec les organes ambiants, d'adhérences appréciables à nos moyens d'exploration: c'est donc une tumeur des parties molles, muscles, nerfs, tissu cellulaire, aponévroses, tendons ou gaines vasculaires.

J'ai soulevé, tout d'abord, l'hypothèse d'un névrome ou d'un pseudo-névrome de nature myxomateuse et sarcomateuse. Ces sortes de tumeurs s'observent de préférence chez des sujets jeunes comme l'est notre malade, et, il y a une dizaine d'années, à la Charité, j'ai enlevé, sur un homme de 22 ans, une tumeur de la cuisse qui n'était pas sans quelque analogie avec celle qui nous occupe aujourd'hui (1). Il s'agissait d'une tumeur développée dans le creux poplité, dont elle remplissait les deux tiers supérieurs, tumeur indolente, lisse, non bosselée, sans adhérences avec la peau ni avec les parties profondes. Son apparition remontait à un an environ; mais, après s'être développée d'abord graduellement et d'une façon presque insensible, elle avait pris, depuis trois mois, un accroissement rapide. Il n'y avait aucun trouble de la sensibilité du membre, aucune atrophie; la vigueur des muscles était à peu près intacte; les troubles fonctionnels se bornaient à une impossibilité presque complète de la flexion du genou avec un léger trainage de la pointe du pied dans la marche. J'avais porté le diagnostic de pseudo-névrome, et décidé l'extirpation en raison des progrès rapides de la tumeur. Les nerfs sciatiques poplités interne et externe étaint englobés dans la tumeur et profondément altérés; leur volume était énorme, leur surface bosselée, leur consistance mollasse et comme gélatineuse, et cette altération remontait si haut sur le trajet du tronc du sciatique, qu'il me fallut renoncer à atteindre les limites du mal. Je dus donc me borner à enlever la tumeur proprement dite, et à réséquer toutes les parties nerveuses mises à nu. L'examen histologique montre que cette tumeur était un fibro-myxome avec prédominance de l'élément fibreux. C'est par le souvenir de ce fait que je fus amené à examiner pour le cas actuel l'hypothèse de névrome; mais, pour admettre cette hypothèse, j'étais quelque peu gêné par l'absence de phénomènes nerveux. Assurément, ces phénomènes peuvent manquer dans le pseudo-névrome, et mon malade de la Charité nous en fournit un exemple; mais ici, en vérité, ils faisaient trop nettement et trop complètement défaut, pour que ce signe négatif ne méritât pas d'être pris en grande considération.

Cependant, toujours poursuivi par cette idée de tumeur en rapport avec les nerfs de la région, je recommençai, il y a quelques jours, mon exploration, et alors, en examinant le membre dans le relâchement, je trouvai, vers le pôle supérieur de la tumeur, un gros cordon ferme et dur, qui la reliait à la région du sciatique. Je me crus un instant, grâce à ce signe, en face d'une évidence lumineuse; par bonheur, avant de me prononcer définitivement en faveur d'une tumeur développée sur le sciatique et se propageant du côté de sa partie supérieure, je voulus palper de nouveau cette corde dure dont je venais de constater l'existence. Bien m'en prit, car, ayant obtenu cette fois un relâchement plus exact, je la recherchai et ne la trouvai plus; mais, en invitant le malade à raidir et à relâcher alternativement ses muscles, je la sentis tour à tour se reformer et disparaître sous mes doigts, et je pus ainsi me convaincre, de la façon la plus décisive, que ce que j'avais trouvé tout d'abord était simplement le biceps contracté: soulevé par la tumeur et étalé à sa surface, il se confondait si bien avec elle, au moment de ses contractions, que son corps musculaire jouait alors, à s'y méprendre, un prolongement de la masse morbide.

En somme, pas de connexion appréciable de la tumeur avec les nerfs, aucun phénomène nerveux, aucun trouble trophique, aucune douleur; de tout cela je suis en droit de conclure absolument que cette tumeur n'est pas développée dans le sciatique, et qu'elle lui confine seulement, sans l'envahir, sans même le comprimer. L'hypothèse de névrome ou de pseudo-névrome

(1) J'ai communiqué l'observation *in extenso*, à la Société de chirurgie (V. *Bull. de la Soc. de Chir*, 1875), et la pièce a été présentée à la Société anatomique par M. Campenon, mon interne. L'examen histologique, fait très minutieusement par M. Cornil, est consigné dans le *Bulletin de la Société anatomique* (1875, p. 698 et suiv.), avec un résumé de l'histoire clinique du malade.

doit donc être, en fin de compte, écartée comme insoutenable.

Est-ce dans les muscles que la tumeur est développée? Non, et cela pour des raisons de même ordre que celles que je viens de vous exposer. Les muscles sont simplement refoulés par elle, et non englobés, tous ont conservé leur volume et leurs fonctions, tous les mouvements sont possibles et énergiques. En admettant que le néoplasme soit développé dans un seul des muscles de la région, celui-là du moins serait troublé dans son fonctionnement; et, je le répète, l'intégrité des mouvements est absolue. On peut donc, sans nulle hésitation, affirmer aussi qu'on n'est pas là en face d'une tumeur d'origine musculaire.

Restent alors, comme points de départ possibles, les aponévroses, les tendons et le tissu cellulaire. La mobilité très nette que la tumeur a présentée dès son apparition, et qu'elle a conservée depuis, malgré son énorme accroissement, pourrait faire penser qu'elle est née dans le tissu cellulaire de la région; mais il faut se garder, pour une tumeur qui s'enfonce si avant dans la profondeur du membre, au voisinage du canal de Hunter, de considérer cette mobilité comme une preuve certaine de l'absence de connexions avec les parties fibreuses. Certes, il est bien difficile, pour ne pas dire impossible, de se prononcer sur cette question d'origine; cependant, s'il faut que j'accuse mes préférences, je vous donnerai telle quelle mon impression à cet égard, en vous disant qu'il y a peu de chances en faveur du tissu cellulaire, et que plus probablement ce néoplasme procède des tissus fibreux, tendons de l'un des fléchisseurs de la cuisse ou aponévroses inter-musculaires profondes. *(A suivre).*

PATHOLOGIE NERVEUSE

Réflexions à propos de certaines maladies nerveuses observées dans la ville du Salvador (Brésil). Faits d'astasie et d'abasie (Blocq), c'est-à-dire de l'affection dénommée: Incoordination motrice pour la station et la marche (Charcot et Richer). Prétendue épidémie de chorée de Sydenham.

Par SOUZA-LEITE, interne des Asiles d'aliénés de la Seine.

Les altérations sans nombre atteignant le système nerveux sont, au fond, les mêmes dans tous les pays, dit fréquemment M. le Pr Charcot, sans cesse consulté par des malades de presque toutes les nationalités. Les différences notées dans leurs manifestations et leurs formes cliniques sont des phénomènes accessoires, et, après une étude comparative de ces différences, si nombreuses qu'elles soient, il nous semble qu'elles ne tiennent qu'au degré plus ou moins avancé du milieu scientifique des divers pays, notamment en ce qui touche les progrès dans la description des espèces morbides.

Les occasions ne nous manquent pas de voir des malades qu'accompagnent les diagnostics les plus variés, et, pour n'en citer qu'un petit nombre, on a souvent sous les yeux comme diagnostic une de ces affections: hyperhémie ou apoplexie séreuse de telle ou telle région du cerveau, exostoses crâniennes ou méningites syphilitiques, tumeurs cérébrales, attaques épileptiques, danse de Saint-Guy, vertige stomacal, phlegmasies de la moelle, etc., alors que, en réalité, on a affaire soit à une des nombreuses variétés de la maladie hystérique, soit à la maladie de Parkinson, soit à une sclérose systématique ou diffuse de la moelle épinière.

Mettant à profit les bonnes règles cliniques en usage, à la Salpêtrière, nous avons été à même de voir, en juin et juillet 1887, à Bahia, des cas d'affections nerveuses confirmant ce que nous disions tout à l'heure sur les différences qu'on croit souvent exister, quant à leur ex stence et quand à leurs variétés. Nous vîmes quelques tabétiques, dont l'un, âgé d'à peu près 24 ans, mulâtre, présentait la rétraction palmaire de Dupuytren; deux parkinsonniens et un cas de sclérose multilobulaire; un vertige de Menière; un tiqueux, mulâtre, 40 ans, chez lequel les manifestations coprolaliques et les gestes bizarres (incoordination motrice de Gilles de la Tourette) bien que coordonnés prédominaient; une paraplégique hystérique, en même temps aphone et anorexique (1); enfin, quelques cas de soi-disant danse de Saint-Guy dont nous allons rapporter deux faits que nous observâmes et qui constitueraient la période de décroissance d'une épidémie régnant dans la ville *du Salvador* depuis environ 4 ans.

OBSERVATION. — *Sœur, convulsions. Malade: rougeole; érysipèle; deux avortements et un accouchement; rhumatisme articulaire. Grande fatigue. Tremblement épileptoïde, flexions et extensions des membres inférieurs. Hallucinations, rêves. Influence de l'aspect des symptômes moteurs sur le développement de l'affection. Stigmates de l'hystérie. Défaut de coordination dans la station et la marche. Durée des accidents: 7 jours.*

Isab..., 38 ans, négresse, cuisinière, ne donne pas de renseignements sur ses antécédents héréditaires; il n'y aurait que sa sœur qui ait eu des convulsions en bas âge.

Variole discrète à 7 ans; à 10, rougeole. Réglée vers 12 ans. Fièvre typhoïde? à 26 ans. A 28 ans, érysipèle intense de la mammelle gauche à la suite d'une écorchure insignifiante. Entre 29 et 35 ans, un accouchement prématuré et deux avortements. Quelque temps après, un an, des douleurs lui surviennent aux articulations des mains, des pieds, des genoux et des hanches; ces jointures sont en même temps rouges et un peu tuméfiées; enfin, il y a un mouvement fébrile; cela dure une quinzaine de jours, pendant lesquels la malade peut par moment quitter son lit. Depuis lors, la malade a été dans un état marqué d'appauvrissement du sang.

A la fin de juin 1887, Isab... voit, à côté d'un petit marché, quelques individus rassemblés autour de *quelq'un* qu'on disait souffrante; elle s'en approche et a sous ses yeux une mulâtresse qui *(se torce)* présente des contorsions des membres, assez fortes pour avoir pu exciter la curiosité des passants. Elle en a

(1) Le *tiqueur* exécute, au moment de ses mouvements involontaires, des gesticulations semblables aux manœuvres du masturbateur en les faisant accompagner de m..., p... Aussi quelques médecins l'ont-ils signalés quelquefois à la police. Il s'est dérobé à mes notes, en manquant à un rendez-vous. La *paraplégique* anoréxique, 22 ans, est une dame mariée à un de mes anciens collègues de lycée. Nous l'avons examinée à différentes reprises avant de porter un diagnostic; car les uns disaient hémorrhagie cérébrale ou myélite, les autres parlaient de néoplasmes encéphaliques ou de béri-béri. Elle se trouvait dans un état très prononcé d'amaigrissement, alitée depuis de longs mois, n'acceptant comme alimentation journalière qu'une ou deux tasses de bouillon, suivies de quelques injections de morphine, sous la peau. C'est alors que, connaissant les beaux succès que, depuis dix-huit ans, notre maitre M. le professeur Charcot obtient de l'application des préceptes de sa méthode de l'*Isolement dans le traitement de l'hystérie*, principalement de certaines de ses manifestations où le côté moral prend le dessus et, fort de cela, je conseillai avec une ferme conviction, à son mari et à sa mère, de les mettre en pratique. Déception! mon espoir a échoué devant la résistance de l'entourage de la malade dont le caractère est excessivement irritable. La mère, le mari et probablement quelques médecins *ne pouvaient pas comprendre qu'on pût exiger* la séparation immédiate de leur chère malade. Voyez pag. 234 *du IIIe volume des Leçons de M. Charcot. Paris*, 1887.

été quelque peu frappée et ne tarde pas à quitter le petit rassemblement, car, m'a-t-elle dit, *ça m'a produit un sentiment de malaise.*

Depuis à peu près trois mois, la malade a fait des courses longues et répétées ; le 25 juillet, elle parcourt une dizaine de kilomètres dans un espace de temps assez restreint. Elle en est passablement fatiguée.

Deux jours après, étant montée dans un tramway, elle ne tarda pas à éprouver, d'une façon subite, à la partie inférieure de l'abdomen, surtout du côté gauche, des douleurs qui la surprennent par leur intensité insolite ; nous disons insolite, parce que la malade qui était à proximité de ses règles, les a habituellement peu douloureuses, et elle *avait cru que c'était son mois qui venait.* Une trentaine de minutes après, la malade s'aperçoit que des fourmillements commencent à se faire sentir au niveau du tiers inférieur des cuisses; que, au lieu de se borner à ces régions, ils descendent du côté des jambes, gagnent la plante des pieds, montent à leur point de départ pour recommencer très souvent et pendant plusieurs heures ; en sorte qu'il en résultera un courant continuel de frémissements. Au bout de quelques minutes, elle s'imagine ressentir des douleurs dans les membres pelviens ; afin de s'en assurer, elle les comprime à plusieurs reprises, mais ne peut pas arriver à y provoquer aucune sensation douloureuse forte ; pendant cette exploration, il *lui semble toucher à des membres de bois.*

Inquiète de l'apparition inattendue de ces phénomènes, elle s'assied un peu plus loin, lève deux ou trois fois ses talons et remue un peu ses membres pelviens ; à ce moment, un phénomène nouveau se montre : ces membres se mettent à *trembler*, et, — détail important, — plus les talons sont levés, les orteils restant sur le sol, plus *le tremblement est marqué.* Une heure environ après le début de ces accidents, la malade descend du tramway et ressent toujours les fourmillements et l'engourdissement des jambes ; alors, à son quatrième ou cinquième pas, au moment où elle détache ses talons du sol pour continuer à marcher, tout son corps, les membres thoraciques exceptés, tremble et la malade est dans l'impossibilité de marcher comme une personne normale ou comme elle-même avant d'avoir pris la voiture. Elle arrive au terme de sa course vers sept heures du soir, et, s'étant assise, elle est notablement soulagée de ses douleurs abdominales et de ses fourmillements agaçants ; elle est cependant énervée et un peu agitée. Le tremblement est moins accentué.

Cette nuit, elle ne s'endort pas avec la facilité accoutumée : elle *voit* des figures à grosse tête et grimaçantes, dans une desquelles elle croit avoir pu distinguer les traits d'un *blanc* qui l'a souvent menacée de la battre ; son sommeil est interrompu deux ou trois fois et, en se réveillant, elle a toujours son tremblement, ses fourmillements, et, de plus, ses yeux lancent des étincelles. Le 28 au matin, en se levant du lit, elle note que le tremblement des membres pelviens est beaucoup moins fort que la veille et même la nuit ; en compensation, elle est frappée par ce fait que, en voulant s'écarter de son lit, ces membres là se plient malgré elle, pour se redresser aussitôt sans qu'elle tombe ; pas de douleurs aux jointures. Ensuite, en essayant de faire quelques pas, elle note que les fourmillements deviennent plus marqués dans les jambes et les cuisses, et que, dès que ses genoux ploient sous elle, elle éprouve sur le champ, sur la face antérieure des cuisses, un tiraillement (repuchamento) très vif, accompagné et suivi d'un peu de douleur et d'un certain degré d'obnubilation des sens.

Etat actuel (30 juillet 1887). Pas de modifications de la sensibilité cutanée, excepté un peu de retard pour les membres pelviens ; réflexes plantaires un peu exagérés. Ovarie des deux côtés, un peu plus marquée à droite qu'à gauche ; les douleurs abdominales persistent, mais elles sont moins intenses qu'au début. Pas de modification du sens musculaire : la malade touche avec l'un des index soit le nez ou l'oreille, soit l'autre bras ; toutefois, quand on lui dit de toucher, avec l'index d'une de ses mains, un de ses talons ou un des gros orteils, elle hésite un peu avant d'y arriver.

Ouïe : montre entendue à 0,40 centim., à gauche ; à droite, à 0,15 ou 0,20. Vue : elle confond le jaune avec le bleu et, lorsqu'on lui montre le vert, elle répond : (escuro) brunâtre. Diplopie intermittente ; pas de micropsie ni de macropsie. Odorat et goût à peu près normaux.

Malade assise : Aucun phénomène anormal n'attire l'attention tant qu'elle n'écarte ses talons du sol sur lequel ceux-ci se sont posés ; mais, à peine commence-t-elle à les soulever, que les membres pelviens se mettent à trembler et les pieds produisent un bruit saccadé et presque uniforme, comme dans certains cas d'épilepsie spinale ; ce tremblement est proportionnel au degré de soulèvement des pieds et diminue beaucoup à mesure que ceux-ci s'abaissent pour s'appliquer de nouveau par terre. Les réflexes patellaires, explorés quatre ou cinq fois après le tremblement étaient exaltés des deux côtés, mais d'une quantité inégale. A la suite d'un de ces petits accès convulsifs, nous avons noté ceci : impossibilité de provoquer à droite une manifestation patellaire aussi exaltée qu'elle l'a été en dehors de ce moment, bien que le genou de ce côté offrît une *résistance* notable à l'extension et à la flexion ; dans d'autres occasions analogues, en cherchant à faire éclater une attaque convulsive par la pression sur les régions ovariennes, la malade, qui n'est pas tombée en convulsions, tolère difficilement le contact des doigts (ovaralgie intense).

Pendant cet examen, les membres thoraciques n'ont rien présenté de bien important ; de temps en temps, quelques petites secousses isolées et sans rhythme.

Au moment de se lever, la malade fait deux ou trois tentatives infructueuses avant l'élan définitif.

Malade debout ou marchant : Elle se sert d'une canne pour faciliter ses mouvements de déplacement ; alors, on la voit esquisser quelques mouvements alternatifs d'abaissement et d'élévation, d'une manière, pour ainsi dire, hésitante ; les membres supérieurs et le tronc n'exécutent par eux-mêmes aucun mouvement. Ensuite, quand elle doit commencer la marche, elle place la canne devant soi en la tenant de ses deux mains superposées ; puis on entend un frottement suivi de très près d'un autre frottement, et déjà entre les deux la malade vient de s'abaisser et de s'élever à deux reprises ; en effet, pendant qu'elle fait changer de place un des pieds, celui-ci n'est pas soulevé, mais traîne sur le sol — premier frottement, — et en même temps ses membres abdominaux viennent de fléchir et de s'étendre rapidement ; les mêmes phénomènes et les mêmes troubles se passent pendant que l'autre pied est déplacé.

Ces flexions viennent à peine de commencer à s'exécuter, que déjà sont-elles suivies d'une extension (extensions antagonistes) ; leur apparition est subite et l'espace de temps qui les sépare des extensions correspondantes est quasi instantané : cet intervalle varie entre le minimum d'une fraction de seconde et le maximum de deux secondes. Faute d'un appareil enregistreur, nous n'en avons pu préciser les limites.

Dans les occasions où les flexions et les extensions sont les plus marquées, la malade fait exécuter aux membres inférieurs et au bassin une sorte de mouvement de circumduction plus ou moins appréciable ; de plus, il lui arrive quelquefois d'écarter ses bras du tronc. Sa marche est malaisée, traînante.

La malade est presque toujours inclinée en avant, courbée, s'appuyant sur sa canne qu'elle tient d'une façon un peu convulsive ; en effet, quand, par un motif quelconque, on veut la lui prendre, on constate un peu de raideur dans ses doigts et ses mains.

Lorsque, après avoir fait un certain nombre de pas, on lui dit de continuer à marcher, elle exprime un degré notable de contrariété, à cause de la fatigue résultant de l'effort qu'elle doit déployer pour opérer le changement de place de ses membres pelviens, et à cause de l'exagération des fourmillements de ces mêmes membres devenant alors douloureux. Le tronc oscille un peu d'avant en arrière et d'arrière en avant. La malade est énervée, a des palpitations, a des mouvements respiratoires accélérés et superficiels ; fatiguée, elle s'assied, tremble des jambes, transpire un peu sur la tête et le cou et tombe dans une espèce d'état lipothymique. Un quart d'heure après, ces oscillations cessent et elle est à peu près tranquille.

Le sommeil est précédé de visions fantastiques, de scènes de dispute ; il est traversé de quelques cauchemars la réveillant en sursaut, mais il n'est interrompu par aucune perturbation motrice notable.

Les mouvements cloniques des membres inférieurs se font

principalement dans les articulations fémoro-tibiales, tibio-tarsiennes et aussi dans les ilio-fémorales. Les plantes ne quittent jamais complètement le sol.

La malade étant *couchée*, pas de troubles moteurs spontanés; quelques légères secousses quand on excite la peau ou les muscles. Jamais de convulsions toniques ou cloniques.

Digestions normales; dysorexie. Au septième jour de sa maladie, malgré une parésie accusée par elle, la malade reprenait ses fonctions.

Voilà une manifestation hystérique survenue chez une femme de l'espèce nègre, qui, tout en vivant depuis fort longtemps chez des personnes blanches, dont l'instruction est plus ou moins élevée, n'a jamais cultivé son esprit. Les modifications de la sensibilité générale et spéciale, surtout la dyschromatopsie et la diplopie intermittente; l'affaiblissement de la notion de position des membres; la *diathèse de contracture* se dénonçant toutes les fois qu'elle prenait la canne ou qu'elle voulait la laisser par une certaine raideur des mains et du coude et aussi par la raideur des genoux; l'ovarie double plus accusée à droite; les altérations des réflexes rotuliens; l'état lipothymique avec un peu de torpeur que présentait la malade alors qu'elle avait marché pendant 4 à 5 minutes; les hallucinations, que Maury appela hypnagogiques, qui se produisaient pendant l'assoupissement précédant le sommeil et assez fréquentes dans l'hystérie; ce sont autant de symptômes qui nous donnent le droit d'établir le diagnostic de *manifestation hystérique*.

L'apparition dans les membres pelviens d'oscillations rythmées provoquées par le soulèvement des talons, leur atténuation rapide et graduelle et leur substitution, en 24 heures, par des mouvements de flexions et d'extensions alternatives troublant la station et principalement la marche, et ayant la prédominance sur les autres symptômes; les mouvements, qu'on pourrait nommer contorsifs, des mêmes membres, du bassin et de la partie supérieure du tronc se montrant quelquefois, faisant penser à la seconde période de l'*hystéria major* et s'accompagnant de temps à autre de petites saccades dans les membres thoraciques; ce sont autant de troubles moteurs qui justifient la désignation d'abasie et d'astasie dont s'est servi mon ami M. P. Blocq (voir articuli fine) pour *stigmatiser* l'affection si curieuse décrite en 1883 par MM. Charcot et Richer sous l'épigraphe d'*Impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche*. (*Medicina Contemporenea*, n° 1, *Gazette de médecine italienne*).

Hâtons-nous de dire qu'il ne peut s'agir ici de la *chorée rythmique*, car les désordres kinésiques existant pendant la marche ne sont pas *cadencés*, *systématisés*, et, de plus — fait important pour la distinction diagnostique — ils ne surviennent pas par accès, soit à l'occasion de certains mouvements de la vie du malade, soit surtout au repos et d'une façon spontanée, comme il arrive dans la chorée hystérique. Enfin, les symptômes kinésiques de notre malade ne dépendaient pas des secousses rythmiques des jambes et des pieds observées au repos, puisque celles-ci ne survenaient que lorsque les talons s'écartaient du sol.

Cherchant à découvrir si les flexions et les extensions avaient pour point de départ une contraction, ou, au contraire, un relâchement soudain des fléchisseurs des jambes ou de leurs extenseurs, nous n'arrivâmes à aucun résultat précis. En définitive, il s'agit, dans notre observation, d'un cas d'incoordination motrice portant sur la station et la marche chez une négresse avec tare héréditaire négative (?) et qui ne connaît pas, à coup sûr, les soucis ni certains besoins d'une civilisation raffinée. Mais si, pour la production de l'affection en question, on ne peut pas incriminer les exigences d'une société civilisée, ni un défaut névrosique hérité, comment a-t-elle pu survenir? — Il a fallu une prédisposition, et en voici, croyons-nous, les causes. Les excès de travail physique, les veilles et une dépression morale (peur) longtemps soutenue chez un sujet affaibli déjà du fait des pertes métrorrhagiques réitérées, d'un rhumatisme articulaire et de son métier, ont amené une chloro-anémie assez notable et une diminution dans la résistance dynamique du cerveau, suivies d'une dystrophie particulière de l'ensemble du système nerveux. Cela constituerait un état de prédisposition morbide à la malade, qui s'est trouvée, dès lors, à la merci de la première influence morbide déterminante. La vue de la choréique, que nous avons notée dans l'observation, doit être mise à l'origine de l'affection d'Isab... Alors une *suggestion* commença à s'effectuer dans l'écorce cérébrale de la malade, lentement, inconsciemment; *l'imitation* plus ou moins modifiée des accidents qu'Isab... a vus, a été la conséquence nécessaire de la suggestion qui l'a empoignée, pour ainsi dire, traitreusement, après être née du spectacle des contorsions et des gestes.

Observation. — *Père hémiphlégique; mère névropathe, religieuse; tante bizarre; sœur religieuse. Malade, impressionnable; rougeole, bronchite; changement de caractère; influence de manifestations d'incoordination dans l'imitation morbide; stygmates hystériques; hallucinations de la vue; contorsions et mouvements; changements des symptômes à la suite d'une cérémonie religieuse. Durée, 25 jours.*

Mlle Aug..., blanche, 12 ans, descend d'un *père* mort hémiphlégique, à l'âge de 50 ans environ et d'une *mère* impressionnable et aimant les pratiques religieuses; une de ses *tantes* avait des évanouissements et était un peu bizarre. Sa *sœur* aime le culte. Dentition un peu difficile avec insomnie prolongée; un peu de délire; pas de convulsions. Rougeole à 5 ans. Elle n'aurait pas eu d'autres maladies. Elle n'est pas régléo.

Mlle A... est normalement développée pour son âge, s'est bien portée dans ces derniers temps, quoiqu'elle soit sujette à des laryngo-trachéites assez fréquentes, aux changements de température. Au commencement de juillet 1887, son entourage note qu'elle devient un peu oublieuse, qu'elle s'applique moins à son piano et fait, dans ses exercices d'écriture, des fautes qu'elle n'avait pas l'habitude de commettre. Elle a des rêvasseries, perd un peu l'appétit et devient moins gaie de caractère. Un matin, aux derniers jours de juillet, en se levant de son lit, elle se plaint que ses pieds et sa jambe droite sont quelque peu *lourds*, qu'elle y sent des picotements, et elle croit que *des fourmis* l'ont piquée et mordue. Au moment où elle devait s'en aller dans sa classe, vers 8 heures, elle laisse tomber un de ses livres, ce qui lui attire une admonestation de son frère; elle en est contrariée, pleurniche en disant que *ses doigts et son bras gauche ont sauté et laissé tomber sa gibecière*. Pendant son séjour au lycée, ce jour-là, Mlle A. est inattentive et néglige ses devoirs; aussi son institutrice n'en est pas satisfaite. A son retour, le soir, la bonne qui l'accompagne s'aperçoit que la malade se *courbe* et se *tourne* un peu, de temps à autre, comme si elle *voulait s'arranger son jupon*. Une fois rentrée, la malade continue, dans ses mouvements insolites, qui ne cessent plus et augmentent même d'intensité les jours suivants, au désappointement des siens.

Nous voyons Mlle A., quatre jours après le début de ces troubles, et voici, après un examen rapide, ce que nous avons pu constater: la malade *assise* présente à peine quelques légers tressaillements, tantôt d'un membre thoracique ou d'un membre pelvien, tantôt de deux membres à la fois; ces tressaillements deviennent un peu plus marqués lorsqu'elle est obligée de répondre à une question tant soit peu pressante. *Debout*, on la voit fléchir ses deux genoux, soit alternativement, soit simul-

tanément. Ses pieds glissent d'avant en arrière et d'arrière en avant, en produisant un léger frottement. Sa tête est quelquefois balancée de droite à gauche. Mlle A. ne peut *marcher* seule ; une personne la tenant par une des aisselles, n'est pas suffisante pour qu'elle puisse rendre ses pas utilisables. Lorsque deux personnes la soutiennent, — une à chaque aisselle, — sa marche peut s'effectuer, tout en étant défectueuse et lente; la malade s'abaisse et se relève alternativement, sans raideur, en faisant exécuter à ses pieds et à ses membres inférieurs des mouvements plus ou moins accusés de rotation et plus ou moins arrondis ; ils se passent dans presque toutes les grandes articulations. Le tronc et la tête se tournent: les épaules montent et descendent d'une façon irrégulière. Par moments, elle saute légèrement.

La malade tomberait sans ses aides, qui déploient un effort visible pour la soutenir. En dépit de ces troubles, elle peut faire quelques courses, bien qu'elle y mette un temps quatre fois plus long qu'auparavant, et encore se repose-t-elle souvent. De temps en temps, elle fait des gesticulations assez étendues, surtout après une de ces courses.

Un peu d'*hypéresthésie* dans le dos, engourdissement des membres pelviens et du ventre ; *sursaut* par le chatouillement des régions plantaires; *exaltation* des reflexes rotuliens ; *ovarie* gauche ne provoquant pas d'attaques convulsives ; diminution marquée de la *sensibilité* de l'isthme du gosier. (On peut y porter l'extrémité de l'index, sans nausée ni toux). La malade dit *voir* à certains moments de petits serpents qui l'effrayent et des têtes blanchies qui se promènent autour de soi. Un fragment de *momordica bucha* (fruit aussi amer que l'aloès), déposé sur la langue, lui est presque indifférent. La rapidité de l'examen de la malade nous a empêché d'en avoir des notes plus complètes.

La malade, malgré un peu d'inappétence et quelques perturbations digestives, a gardé son embonpoint. Avant ces accidents, dit sa mère, elle n'a pas eu de convulsions. Le 3 août, Mme Mar. se rend en pèlerinage, avec sa fille, à une église située près de la rade de Bahia, sous l'invocation d'une des formes multiples de la Vierge; la jeune malade y aurait eu, paraît-il, quelques grandes convulsions, perdu en partie ses sens; ensuite, on entend la messe et on a soin de ne pas *oublier M. l'abbé*. Mme Mar. prétend que sa fille est guérie, celle-ci pouvant marcher seule, mais elle ne *voit* pas que Aug. gesticule encore à ces moments et est surexcitée.

Les stigmates présentés par notre malade, ses alternatives de flexion et d'extension des membres pelviens, ses contorsions — phénomènes rentrant ici, comme chez Isab., dans la deuxième période de l'hystéro-épilepsie ; — les mouvements latéraux de la tête et l'allure de tous ces accidents nous fournissent des éléments et des motifs suffisants pour porter le diagnostic d'astasie et d'abasie.

Ce cas, pour être moins complexe que le précédent, n'est cependant pas moins intéressant, particulièrement en ce qui concerne la façon dont l'affection s'est installée. Outre le degré de prédisposition aux névropathies que possédait déjà Mlle Aug. de par la modification héréditaire, elle a été élevée dans un milieu familial dans lequel on s'entretient très souvent de cérémonies et de fêtes d'église; on y parle de confessions, de messes, de pélerinages parfois nu-pieds, etc. Il en résulte que le terrain nerveux se prépare de plus en plus et se dégrade, à un moment donné, suffisamment pour être influencé effectivement par une cause capable de produire un trouble déterminé, plus ou moins alarmant, bien que d'une gravité ordinairement légère, vu l'âge du sujet.

A la pension, où Mlle Aug. faisait ses études, deux pensionnaires avaient été prises, au commencement de mars 1887, de la danse de *Saint-Guy* (?) et avaient été renvoyées chez leurs parents; cet événement n'avait pas été sans avoir provoqué un sujet de conversations répétées au milieu des pensionnaires restantes; les imaginations affaiblies et impressionnables surtout se montent, parmi lesquelles se place notre malade dont les cellules nerveuses et, en particulier, les cellules cérébrales s'altèrent plus ou moins dans leurs conditions dynamiques — leurs ondulations (Spencer) — et probablement aussi dans leur état anatomique.

Nous venons ainsi de voir comment chez notre malade s'est accentuée la prédisposition morbide qui n'est autre chose qu'une adaptation des éléments anatomiques du système nerveux aux conditions d'une dégradation spéciale. De là, la réceptivité.

L'origine de l'affection de Mlle Aug. se trouve être l'*imitation*, résultat préparé petit à petit par une suggestion inconsciente qui fut déterminée par le spectacle des contorsions de ses condisciples. La représentation des gestes et des mouvements devenait de plus en plus intense et impulsive parmi les faits de la mémoire de la malade jusqu'au jour où ils ont éclatés.

De tout cela il est facile de conclure que nous avons affaire, en somme, à cinq malades du sexe féminin, une adulte négresse, une mulâtresse et trois jeunes filles blanches. C'est dire que nous avons été en présence d'une petite épidémie d'abasie et d'astasie.

On peut conclure en plus que si des épidémies de nature hystérique régnèrent, il y a quelques siècles, dans divers pays de l'Europe centrale et méridionale, et que si elles s'y montrent encore de notre temps, nos faits démontrent que ce n'est pas seulement dans ces divers pays-là que, de notre temps, l'on voit des épidémies de nature hystérique, comme celles de la province de Frioul, en Italie, 1878; de Pledran, relatée par M. Baratoux (*Progrès médical*, n° 23, 1881, et l'épidémie rapportée et analysée par M. le professeur Charcot dans la leçon que nous citerons dans un moment ; ces épidémies prennent déjà place dans la pathologie de quelques pays américains.

Beaucoup de médecins croient que les individus atteints par l'épidémie de chorée sont des *choréiques vulgaires*, affectés de la *chorea minor*, maladie de Sydenham ; et je ne sais pas s'ils ont songé à la *chorea major*, vraie chorée. Le peuple se fondant sur une certaine apparence entre les mouvements des malades et une épizootie des gallinacés, nommée là-bas « caruára », appelle les choréiques os *caruára* ou encore *treme-treme*.

Avant de terminer, nous ne saurions nous soustraire à la satisfaction de transcrire ici les remarquables paroles par lesquelles M. Charcot commence sa leçon : *Spiritisme et hystérie*, et qui devraient se trouver dans le cabinet de tout neuropathologiste: « Il est incontestable que tout ce qui frappe vivement l'esprit, tout ce qui impressionne fortement l'imagination, favorise singulièrement, chez les sujets prédisposés, l'apparition de l'hystérie. Parmi tous ces traumatismes des fonctions cérébrales il n'en est peut-être point de plus efficace et dont l'action ait été plus souvent signalée, que cette croyance au merveilleux, au surnaturel, qu'entretiennent et qu'exagèrent, soit les pratiques religieuses excessives, soit dans un ordre d'idées connexes, le spiritisme et sa mise en œuvre (1).

Nous ferons remarquer que nos cas ne sont pas sans avoir quelque analogie avec un certain nombre de faits que, en 1859, Bamberger, cité par M. Lannois (les Chorées, 1886, loc. cit.), nomma *Saltatorischer Reflexkrampf* et que Gowers nomma *Saltatoric spasm*, dé-

(1) J. M. Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1887, T. III, p. 226. Paris.

nomination adoptée par Zuber dans son article *Spasme saltatoire* du Dict. encycl. Il y a trois ans, Erlenmeyer fit paraître un mémoire où il décrit, sous le nom de *statische Reflexkrämpfe*, quelques faits qu'il rapproche de ceux de Bamberger. Il y est question de convulsions statiques, provoquées par les mouvements de locomotion du corps, et de convulsions, ou spasmes fonctionnels, ne dépendant pas de ces mouvements-là. Faut-il les faire rentrer dans l'astasie et l'abasie?

M. P. Blocq (dans le nº 43, janvier 1888, des *Archives de Neurologie*), donne onze observations sur lesquelles il s'est basé pour décrire un type morbide qui n'avait pas encore été suffisamment dégagé de certaines affections avec lesquelles il est souvent confondu. Cette affection, caractérisée par de l'*astasie* et de l'*abasie*, n'est pas une *maladie nouvelle, à proprement parler, car déjà, en* 1883, *MM. Charcot et Richer l'ont décrite sous le nom « d'impuissance motrice des membres inférieurs par défaut de coordination relative à la station et à la marche.* » Dans quelques observations de ce mémoire, surtout dans les cinq dernières, on trouve des troubles nerveux assez analogues à ceux que nous avons recueillis chez nos malades, que nous avions d'abord cru appartenir au cadre de la *chorée hystérique*. La malade décrite dans l'observation IX, et à propos de laquelle M. Charcot fit plusieurs leçons, dont quelques-unes furent d'abord publiées en langue italienne par M. Miliotti (Lezioni cliniche dell'anno 1883-84. Sulle malattie del systema nerv., redatte del dottore D. Miliotti, 1885), resta plusieurs mois dans la salle *Duchenne* (de Boulogne). Nous l'avons vue assez souvent pour que son aspect clinique se présentât à notre mémoire au moment où nous rédigions l'histoire de nos deux malades.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La Faculté de Médecine de Paris en 1887.

Dans le rapport adressé récemment par M. le doyen de la Faculté de Paris au Ministre de l'Instruction publique, sur la situation actuelle de notre Ecole de médecine, nous trouvons quelques renseignements qu'il est utile de ne pas laisser dormir dans les paperasses administratives. Nous sommes persuadé que nos lecteurs les liront avec intérêt.

Le 15 octobre 1886, 3,696 étudiants étaient inscrits dans cette Faculté et 582 élèves nouveaux ont commencé à cette époque leurs études médicales (510 docteurs, 72 officiers de santé), dont 479 français et 103 étrangers. Parmi les étrangers: les Américains (20) et les Serbes (20) prédominent; citons encore les Roumains (11) et les Turcs (11). Il a 11 femmes qui sont arrivées cette année à la Faculté et toutes sont de nationalité étrangère (10 russes et une grecque). Parmi les élèves qui ont quitté l'Ecole, il est curieux de voir que 25 ont renoncé aux études médicales pour embrasser une autre carrière..., ou vivre de leurs rentes, que 127 ont disparu du monde étudiant, en cessant de faire acte de présence à la Faculté. Deux étudiants en médecine sont morts en 1886.

Nous engageons nos lecteurs à comparer ces données avec celles du rapport précédent que nous avons analysé l'année dernière (1); il en ressort qu'en somme il y a peu de différence dans les chiffres. La *Revue scientifique* (1), à laquelle nous empruntons ces renseignements, compare les chiffres de Paris avec ceux qui se rapportent au nombre des étudiants des Universités de langue allemande en 1887. Elle cite les inscriptions suivantes pour les principales Facultés de médecine: Vienne, 2,177; Munich, 1,211; Berlin, 1,140, etc. On voit que Paris, au point de vue du nombre (3,696 plus 582, c'est-à-dire 4,278), tient encore la tête. Il est vrai qu'il n'a pas grand mérite à cela, ou du moins qu'il ne doit pas trop en tirer vanité. Il vaudrait bien mieux que nos Facultés de province soient plus fréquentées. Tout le monde y gagnerait: professeurs, élèves et surtout les malades qu'auront à soigner plus tard ces élèves devenus praticiens; leur intérêt, somme toute, n'est-il pas celui du médecin.

Le niveau des études s'élève, paraît-il, et M. le doyen fait avec raison remarquer qu'il devra s'élever encore. Mais pour que les étudiants travaillent avec plus de fruit, aient dans quelques années une instruction plus solide, il faut perfectionner les méthodes de l'enseignement technique, il faut leur donner les moyens de s'instruire d'une façon complète. Evidemment ceci ne pourra être réalisé qu'avec de nouvelles dépenses; mais elles sont indispensables. Répétons-le aussi avec M. Brouardel: il nous faut une installation matérielle mieux comprise, des locaux pour les travaux pratiques parfaitement aménagés, une bibliothèque mieux ordonnée, une école pratique d'anatomie absolument terminée, etc., etc. Le crie-t-on assez, de toutes parts! Mais les grands architectes de notre Ecole, comme les grands seigneurs, ne daignent pas prêter l'oreille aux récriminations de la foule. A peine un petit coin de la Faculté sera-t il achevé, ouvert aux étudiants, qu'ils le verront aussitôt démolir pour y apporter des perfectionnements nouveaux, mais nécessités par les progrès de la science ou l'augmentation du nombre des élèves.

Traitement de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées.

Nous avons résumé déjà, dans les précédents numéros du *Progrès médical*, la communication récente de M. le Pr Verneuil à l'Académie de médecine, sur le *traitement de l'anthrax* par les pulvérisations phéniquées. Nous avons indiqué aussi les grandes lignes de la discussion animée qui a eu lieu dans les séances suivantes entre MM. Verneuil, Le Roy de Méricourt, Maurice Perrin, Léon Lefort, Constantin Paul, Legouest, Bucquoy, Laborde, Trélat, Marc Sée, Hardy, Léon Labbé (2). Le grand retentissement qu'a eu cette communication de M. le Pr Verneuil nous engage à y revenir encore, d'autant plus que les protestations de MM. Trélat, M. Sée, L. Labbé, ont un peu diminué l'enthousiasme des praticiens, leur confiance en la valeur de cette méthode de traitement. Ils étaient déjà heureux de ne plus avoir à recourir aux procédés chirurgicaux, au thermo-cautère ou même au bistouri pour une telle affection, — chacun sait combien il répugne à bon nombre de médecins de

(1) Voir *Progrès médical*, 1886, p. 10, 1re série, janvier 1887.

(1) *Revue scientifique*, 11 février 1888.
(2) Voir *Progrès médical*, — C. R. de l'*Académie de médecine*, 1888, p. 51 et suivantes.

s'adresser aux ressources de l'art chirurgical! — lorsque les chirurgiens que nous venons de nommer sont venus jeter un certain trouble dans leurs idées. Que faut-il donc conclure de cette discussion entre personnalités qui, si elles ne sont pas du même avis sur cette question, ont toutes au moins l'avantage d'avoir fait leurs preuves chirurgicales? Nous pensons qu'à l'heure actuelle on ne peut trancher définitivement la question, qu'il faut attendre des observations nouvelles. Comme le dit M. Verneuil, qu'on essaie la méthode qu'il préconise. On verra bien si oui ou non elle est inefficace. Nous ne saurions donc mieux faire que d'engager les médecins à se former sur ce sujet une opinion personnelle, en expérimentant directement sur les malades confiées à leurs soins. Il sera toujours temps d'employer l'instrument, dès qu'ils verront que la lésion ne présente aucune amélioration, aucune tendance à la guérison.

A ce propos, mentionnons un article tout récent de la *Loire médicale* (1) sur ce sujet. L'auteur indique comment il comprend le traitement de l'anthrax et du furoncle. Nous croyons intéressant de mettre nos lecteurs au courant de la manière dont ce médecin procède. La Province a souvent du bon, et nous saisissons avec plaisir cette occasion pour résumer ce que M. Montagnon a écrit. Nous citons presque ces propres paroles.

La conduite à tenir dans l'anthrax ou le furoncle variera avec la période à laquelle il sera permis au médecin de donner ses soins. Au début, quand le microbe, auteur de tout le mal, n'a encore envahi que la peau, l'emploi des parasiticides est indiqué et peut suffire à faire avorter l'affection, et surtout à en modérer la gravité dans une très notable proportion. On appliquera donc à ce moment la méthode antiseptique: pulvérisations phéniquées de Verneuil, ou de sublimé, ou d'acide borique; l'acide borique en onctions ou en lotions.

Puis on surveillera la marche de l'inflammation. Si au bout de huit jours, les lésions continuent à gagner en profondeur, il ne faudra pas hésiter à débrider au bistouri ou au thermo-cautère. On fera ensuite des lavages répétées avec des solutions microbicides, de façon à déterger la plaie, à obtenir une désinfection complète.

Nous avons ainsi à notre disposition deux moyens excellents de traitement: la cure chirurgicale proprement dite et la cure par les topiques; on ne doit pas en laisser tomber une dans l'oubli, ni se servir indifféremment de l'une ou de l'autre. On aura soin, en outre, de ne pas oublier le traitement général, car on sait que l'intestin est une des voies d'élimination des poisons les plus précieuses.

On le voit, ce sont presque les conclusions de M. Léon Labbé, qui disait à l'avant-dernière séance de l'Académie: En résumé les pulvérisations phéniquées sont des moyens utiles, mais elles ne sauraient donner constamment des résultats satisfaisants. C'est là une chose bonne à dire, parce qu'on exagère dans le public la portée de ce qui se dit à l'Académie. Il faut que les médecins sachent qu'ils devront encore, pour l'anthrax du moins, recourir, dans certains cas, à l'intervention d'un chirurgien.

(1) MONTAGNON. — *Quelques réflexions à propos du traitement de l'anthrax*; in *Loire médicale*, n° 2, 15 février 1888.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 février 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

MM. HANRIOT et CH. RICHET étudient l'*influence des différentes alimentations sur les échanges gazeux respiratoires*. La ventilation augmente par le fait de l'alimentation, mais presque uniquement quand cette alimentation est composée d'hydrates de carbone. Les aliments azotés et les aliments gras modifient très peu les échanges respiratoires. Les aliments féculents font croître la ventilation et l'absorption d'oxygène, mais surtout la production d'acide carbonique. Les proportions centésimales (dans l'air expiré) d oxygène absorbé ou d'acide carbonique produit varient peu, tant qu'il y a repos musculaire. La proportion d'oxygène absorbé est, en moyenne, voisine de 4.2 pour 100 (avec des variations de 3,4 à 4,7 pour 100). La proportion de CO^2 produit est, en moyenne, voisine de 3,4 pour 100 (avec des variations de 2,7 à 4,2 pour 100). Chez un homme adulte, bien portant, la ventilation est, en chiffres ronds, à l'état de jeûne, de 8 lit. par kilogr. et par heure, avec une production de 0 gr. 5 de CO^2 et une absorption de 0 gr. 45 d'oxygène. A l'état de digestion, la ventilation s'élève à 9 lit. par kil. et par heure avec une production de 0 gr. 6 de CO^2 et une absorption de 0 gr. 5 d'oxygène.

M. Paul GIBIER adresse, de la Havane, une note dans laquelle il déclare se séparer de l'opinion émise l'année dernière sur l'*étiologie de la fièvre jaune* par lui et par MM. Domingos Freire et Rebourgeon. Il n'a pas constaté, chez les malades qu'il a observés, la présence des micro-organismes décrits par ces derniers auteurs; les cultures du sang, de l'urine, de la bile sont, du reste, demeurées stériles. En revanche, M. Gibier a rencontré dans les matières vomies et dans le contenu de l'intestin une quantité prodigieuse de microbes de toutes formes. L'injection de la matière noire du vomito a pu tuer un cobaye en quatre minutes. M. Gibier croit que la fièvre jaune n'est pas une fièvre dans le sens donné à ce nom, mais un empoisonnement produit par une fermentation spécifique se passant uniquement dans l'intestin. La fièvre ne serait qu'un épiphénomène commun à la plupart des empoisonnements aigus; il en serait de même de l'albuminurie.

M. L. DE SAINT-MARTIN étudie *le dédoublement du chloroforme par la potasse alcoolique et son dosage à l'aide de cette réaction*. En présence de la potasse alcoolique, le chloroforme se dédouble en formiate et chlorure de potassium; si l'on dose alors le chlore par le procédé habituel, on peut connaître la quantité de chloroforme contenue soit dans une solution, soit dans un mélange avec l'air. Si ce procédé est d'un usage pratique, il rendra sans doute des services dans les recherches sur le rôle des anesthésiques.

M. A. GIARD envoie une note sur la *castration parasitaire chez les Crustacés*. Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 18 février 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

MM. HÉNOCQUE et G. BAUDOUIN communiquent le résultat de leurs recherches sur les relations qui existent entre la température et l'activité de réduction dans la fièvre typhoïde. Dans cette affection, les maximum de la durée de la réduction correspondent aux maximum de la température; en un mot, les tissus consomment d'autant moins d'oxygène que la température est plus élevée. L'activité de réduction reprend avec la convalescence, c'est-à-dire avec la chute thermométrique. Ces résultats concorderaient avec l'augmentation et l'abaissement des déchets urinaires signalés dans les mêmes conditions par MM. Regnard et Albert Robin.

M. D'ARSONVAL dit que ces résultats concordent aussi avec

ceux qu'il a obtenus, il y a plusieurs années, en étudiant la thermogénèse chez les animaux fébricitants.

M. Malassez ne croit pas qu'on puisse mesurer exactement l'*activité respiratoire des tissus* en se basant d'une part sur la simple évaluation de la quantité totale d'hémoglobine contenue dans le sang, et, d'autre part, sur l'évaluation de temps que met le spectre de l'oxyhémoglobine du pouce à se transformer en spectre d'hémoglobine réduite. On sait, en effet, que le sang artériel contient déjà une certaine quantité d'hémoglobine réduite et le sang veineux renferme encore une assez forte proportion d'oxyhémoglobine. Or, comme le sang qui doit servir à l'analyse est recueilli sans être mis à l'abri de l'air, on ne peut obtenir la quantité réelle d'oxyhémoglobine qu'il possédait alors qu'il était dans les vaisseaux, on obtient seulement la quantité totale d'hémoglobine : on ne sait donc pas au juste quelle est la quantité d'oxyhémoglobine sur laquelle la réduction va porter; puis, quand la réduction est opérée, on ne sait pas davantage quelle est la proportion d'oxyhémoglobine restant dans le sang; bref, on ignore la quantité réelle d'oxyhémoglobine qui a été réduite pendant la durée de l'observation. Cette quantité inconnue est vraisemblablement très différente de l'hémoglobine totale sur laquelle M. Hénocque base ses calculs. Aussi doit-il en résulter des erreurs assez notables. C'est du moins à craindre. Il peut, par exemple, se présenter des cas où la quantité d'hémoglobine totale trouvée sera assez considérable et où cependant la proportion d'oxyhémoglobine (ce qu'on ignorera) sera faible, et, dans ces conditions, la réduction se produisant rapidement, on en concluera à une grande activité respiratoire des tissus, alors qu'en réalité elle n'a peut-être pas été modifiée.

M. Hénocque répond qu'en ce qui regarde l'hémoglobine réduite préexistante, sa quantité très faible la rend négligeable et ne peut vicier les résultats obtenus. En ce qui regarde l'oxyhémoglobine, il répondra dans la prochaine séance à l'objection soulevée par M. Malassez.

M. Galezowski rappelle qu'on peut observer au début ou dans le cours de l'ataxie locomotrice une ophtalmoplégie totale ou des paralysies dissociées des divers muscles de l'œil. Or, il a constaté chez un grand nombre de malades, devenus ultérieurement ataxiques, une paralysie du muscle de l'accomodation, sans mydriase, s'accompagnant d'anesthésie péri-orbitaire. De semblables phénomènes se montrent dans la diphtérie, la syphilis et lors de certains traumatismes. Mais, dans l'ataxie, la lésion est monoculaire alors qu'elle est binoculaire dans la diphtérie, s'accompagne de mydriase dans la syphilis et le plus souvent d'hypéresthésie lors de traumatismes.

M. Brown-Séquard demande quelles distinctions on peut établir entre les troubles oculaires de ce genre produits par l'ataxie ou la syphilis, puisque, dans la majorité des cas, l'ataxie est d'origine syphilitique.

M. Galezowski répond que les différences sont peu marquées, puisque, à son avis également, le tabes est le plus souvent d'origine syphilitique, mais même dans ce cas, il importe d'établir un diagnostic précoce afin d'instituer un traitement par les frictions mercurielles longtemps prolongées qui permettent parfois d'enrayer l'affection.

M. Dumontpallier dit, qu'à l'inverse de l'opinion de M. Fournier, on sait parfaitement aujourd'hui que le traitement mercuriel n'a jamais guéri une ataxie prétendûe syphilitique. M. Galezowski pourrait-il dire s'il a guéri par ce traitement les ataxiques, au début, qui présentaient la paralysie monoculaire de l'accommodation sans mydriase ; de plus, les phénomènes existent également dans l'hystérie.

M. Bouchereau. — Ils existent également au début de la paralysie générale, avant la figuration des troubles psychiques.

M. Galezowski. — Mes souvenirs ne sont pas assez précis pour pouvoir répondre avec exactitude à M. Dumontpallier.

M. Gréhant étudiant les produits de combustion du gaz d'éclairage a constaté que l'air dans lequel brûle un bec contient 5 cent. c. 0/0 d'acide carbonique et la moitié en moins de la proportion normale d'oxygène. Il est donc nécessaire de placer au-dessus de chaque bec, dans les salles où il en existe plusieurs, un petit entonnoir d'échappement permettant à l'air de se renouveler.

M. d'Arsonval fait une communication sur une nouvelle lumière par incandescence du gaz d'éclairage.

MM. Wertheimer et Pouchet déposent une note sur *les glandes sébacées de l'Ecrevisse.*

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 *février* 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Constantin Paul, à l'occasion de la récente communication de M. G. Sée sur la recherche de l'acide chlorhydrique, dans l'estomac, à l'aide de la *phloroglycine vanilline*, a repris les expériences de ce dernier. Il a ainsi pu constater l'extrême sensibilité de ce réactif ; mais, ayant pris des œufs frais ou d'une fraîcheur doutcuse, il obtint des résultats différents, qu'il attribue à la présence de l'acide sulfhydrique. M. C. Paul conclut qu'il n'y a aucune indication à tirer de la réaction de la phloroglycine vanilline pour affirmer l'existence de l'acide chlorhydrique libre dans le produit de la digestion, si l'on emploie, pour se procurer le suc gastrique, le procédé de M. G. Sée.

M. G. Sée admet cette cause d'erreur, qu'il est aisé d'éviter en donnant comme repas d'épreuve des blancs d'œufs frais sans jaune.

Suite de la discussion sur l'antipyrine. — M. G. Sée communique une lettre de M. Daremberg établissant qu'il a pu donner l'antipyrine pendant un temps assez prolongé sans provoquer d'accidents sérieux, car les érythèmes scarlatineux sont sans aucune importance. Quant à la récente communication de MM. Ball et Jennings, M. G. Sée n'y voit pas les conséquences exagérées que certains esprits se plaisent à lui reconnaître. Ces conséquences ont été éphémères; les raschs produits par ce médicament disparaissent rapidement et d'eux-mêmes. Aussi, loin d'approuver la belladone et les injections d'atropine pour combattre les effets de l'antipyrine, M. G. Sée n'hésite-t-il pas à la proscrire d'une façon absolue.

M. Laborde attache une grande valeur à l'action irritative locale de l'antipyrine, qu'il voudrait voir prescrire au début de chaque repas. — L'action principale de ce médicament se localise surtout sur les centres nerveux et se caractérise par la diminution de la perception sensitive et de l'excitabilité réflexe. Les éruptions semblent dues à des troubles vaso-moteurs, abstraction faite des inconvénients résultant de l'impureté du médicament lui-même.

M. Hardy vient d'observer un érythème scarlatiniforme occasionné par l'antipyrine ; cet érythème persiste depuis douze jours et produit des démangeaisons intolérables, allant jusqu'à l'insomnie. Chez un autre malade, il a observé des vomissements fréquents et répétés; chez d'autres, enfin, il a constaté des phénomènes pénibles de dépression cérébrale et d'oppression cardiaque avec lipothymie. L'antipyrine reste un excellent médicament, à la condition de le manier avec prudence et avec une grande surveillance. Il est regrettable d'avoir à enregistrer tous les jours des faits d'intoxication chez des individus s'administrant des médicaments dangereux, sur le simple conseil d'un pharmacien. M. Hardy considère également l'acétanilide comme un médicament dangereux, car il vient d'être le témoin d'un cas malheureux. Une personne, après avoir absorbé un gramme, en huit doses, d'acétanilide, est tombée sans connaissance et est morte ; en outre, une heure environ après la mort, le cadavre était déjà en état de rigidité.

M. Dujardin-Beaumetz estime que le cas rapporté par M. Hardy est exceptionnel et pense qu'il y a là une simple coïncidence, car l'acétanilide prescrit dans de semblables conditions n'a engendré jusqu'alors aucun accident.

M. Brouardel regrette qu'on ne recherche pas toujours l'état des reins, des urines, avant de prescrire ces nouveaux médicaments.

M. Gautier fait remarquer que l'acétanilide se prépare

avec l'aniline et l'acide acétique cristallisable. Le produit de réaction peut entraîner de l'aniline, cause possible des accidents rapportés par M. Hardy.

Suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis. — M. Fournier soumet à l'Académie les articles nouveaux que la Commission vient d'adopter: *Article IV* : L'Académie estime, qu'au nom de la santé publique, ces divers ordres de provocation doivent être assimilés à un délit et réprimés comme tel; *Article V* : La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale; *Article VI* : L'inscription des filles se livrant à la prostitution ne pourra être prononcé que par l'autorité judiciaire; *Article VII* : Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne sera internée dans un asile sanitaire spécial. Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, mais un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles; *Article VIII* : Les filles inscrites libres ou en maisons seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe; *Article IX* : En ce qui concerne la province, les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements. Les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial.

M. Laborde regrette que l'Académie ait une tendance à empiéter sur le terrain juridique, en visant non la prostitution dans ses rapports avec la syphilis, mais les délits résultant de la pratique de la prostitution.

M. Fournier fait observer que la commission parle de la provocation et non de la prostitution elle-même. Nous ne pouvons rien contre la prostitution. En ce qui concerne la provocation, il n'en est pas de même, car la provocation est le mode par lequel la loi peut atteindre la prostitution.

M. Brouardel déclare que tout le monde diffère sur le moyen de punir la provocation. En enlevant la répression de la provocation au pouvoir administratif pour la transmettre au pouvoir judiciaire, on supprime toute espèce de répression. La commission ignore sans doute l'article 334 du Code pénal, qui est la reproduction de l'article 3 du rapport de la commission. Or, d'après cet article, la provocation des mineurs à la débauche tombe sous le coup de la loi. Malheureusement, l'application de cet article est difficile, car les témoins, directs ou indirects, de la provocation, ne se soucient nullement d'aller déposer devant un tribunal, dans de semblables affaires. Il y a là, pour un témoin quelconque, une perte de temps et un dégoût moral. On peut constater 100.000 provocations par jour à Paris et c'est à peine si on peut amener 10 ou 15 filles par an devant le tribunal. Aujourd'hui, le fait même du débat contradictoire, qui aurait lieu devant les juges, désarmerait la police. L'Académie devrait se borner à remplacer les articles 4, 5 et 6 par un simple vœu demandant que la prostitution soit sévèrement surveillée.

M. Fournier persiste à regarder comme arbitraire ce que M. Brouardel estime juste, car il ne saurait admettre que l'inscription prononcée par un seul juge soit acceptable par cela même que ce juge est un policier.

M. Le Fort maintient la compétence de l'Académie et voudrait que la provocation fût réglementée. Il demande donc que la provocation soit assimilée à un délit et que le droit de mettre les filles en carte soit réservé à la justice. Il convient, en effet, de sauvegarder la santé publique. Or un grand nombre de filles malades sont laissées en liberté. Il faut donc une loi, qui, sans désarmer la police, préserve mieux qu'elle la santé publique. Tout le monde est d'accord pour demander la répression de la prostitution; tout le monde doit l'être également pour déclarer que la provocation est un délit, car on ne réprime que des actes délictueux. Le mot délit n'a rien de choquant, puisque nous le retrouvons dans la loi sur l'ivresse.

Albert Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. le Président de la *Société d'Hydrologie médicale* adresse à la Société de Chirurgie une lettre de protestation contre certaines insinuations formulées par certains membres de la Société à propos de certains travaux scientifiques ayant rapport à l'action des eaux minérales.

M. le Président fait remarquer que la Société n'est pas responsable de l'opinion de chacun de ses membres. Le bureau est d'avis de ne pas publier la lettre; ce qui est adopté.

M. Lannelongue accuse certains journaux médicaux d'avoir dénaturé les paroles qu'il a prononcées. Il a simplement voulu dire que la Société de Chirurgie ne devait pas solliciter des travaux ayant rapport aux eaux minérales; c'est affaire à l'Académie de médecine.

M. Terrier fait remarquer que la Société n'a pas à s'occuper de ce que les journaux ont *fait dire* à M. Lannelongue, puisque le compte rendu officiel n'est pas publié. M. Lannelongue n'avait qu'à envoyer une lettre de rectification au journal incriminé.

M. Tillaux dépose sur le bureau une observation d'un de ses élèves intitulée: *Ecoulement par le nez de liquide céphalo-rachidien*, avec autopsie.

M. Brissaud vient exposer devant la Société l'anatomie pathologique de la *maladie kystique de la mamelle* qu'il a étudiée le premier avec M. Reclus. Après l'ablation de ce que sur le vivant on prend pour une tumeur, on est étonné de voir qu'en réalité il n'y a pas de tumeur; les deux mamelles, atteintes à la fois ordinairement, renferment une grande quantité de kystes de volume variable. Au microscope, il n'y a pas d'analogie entre ces kystes et les kystes anciens par rétention. L'épithéliome kystique est polymorphe; on y trouve toute la série des épithéliums des maladies dites kystiques. Les conduits galactophores présentent des végétations qui semblen d'origine inflammatoire et qui n'ont rien d'analogues à celles observées dans les adénomes kystiques; ils peuvent être dilatés par places. Le tissu interstitiel n'a jamais présenté aucune trace de néoformation, sauf dans un cas, où M. Malassez a dit : « Méfiez-vous de ces cas là. » Dans certains points il y aurait rétrocession fibreuse; mais jamais M. Brissaud n'a reconnu dans ces cas quelque chose qui puisse faire songer au fibrome, sarcome ou carcinome. Faut-il s'en étonner? Non, car on sait que des maladies kystiques analogues existent dans beaucoup d'autres organes (reins, etc.). Il y a même des sortes de gastrites où les glandes de Lieberkuhn deviennent kystiques. A la surface de l'estomac, on ne voit que des kystes; et même quelques-uns peuvent faire hernie dans la cavité stomacale, ou présenter l'aspect de kystes pédiculés de la muqueuse.

M. Quenu admet qu'il s'agit bien là d'une entité morbide, comme M. Reclus; mais il donne des faits observés par cet auteur une interprétation un peu différente. Si M. Reclus avait été bien convaincu de la valeur définitive de l'examen histologique, il aurait appelé la maladie: Epithéliome kystique de la mamelle. Si donc il s'est borné à l'appellation de maladie kystique, c'est qu'il n'était pas très renseigné sur les rapports de l'affection avec les épithéliomes. Avant de donner son avis, M. Quenu cite un fait personnel. Il a observé une femme de 33 ans, qui, après avoir eu des abcès aux deux seins, présenta bientôt une série de bosselures disséminées dans les deux mamelles. A l'examen histologique, il constata les lésions décrites par M. Brissaud ou à peu près. Il repousse successivement les hypothèses de galactocèle, de tumeurs de nature épithéliale, d'adénome ou de fibromes diffus. Tout en insistant sur la transformation fibreuse, qui dans quelques cas a causé une certaine atrophie de quelques acini glandulaires, M. Quenu ne pense pas que l'opinion de M. Reclus soit la vraie; pour lui il ne s'agit pas non plus de mammite interstitielle chronique. L'épithéliome endo-canaliculaire, l'hypertrophie par rétraction cicatricielle des auteurs classiques ne sont autre que des cas de maladie kystique. M. Quenu est d'avis que cette maladie n'est pas causée par un néoplasme; en effet les ganglions ne sont jamais pris, la maladie dure très longtemps (30 ans parfois). Etant donné ce qu'enseigne l'histologie, il pense qu'il

s'agit d'une espèce de cirrhose, d'une sorte de mammite portant uniquement sur l'épithélium. Ce serait donc une inflammation épithéliale de la glande, analogue à celle que Charcot et ses élèves ont décrite pour le foie, une sorte de *cirrhose épithéliale mammaire* avec formation de kystes ; les lésions conjonctives, quand elles existent, ne seraient que secondaires.

M. NÉLATON cite un cas de maladie kystique de Reclus. Femme ayant un sein plein de nodosités analogues à des noisettes ; fluctuation nette. Ecoulement de sérosité brunâtre par le mamelon. On fit plusieurs ponctions successives dans les kystes. Le liquide se reforma et la fluctuation réapparut. Cette malade, qui n'a pas été opérée, est aujourd'hui dans le même état.

M. SEGOND donne des détails complémentaires sur la malade dont la lésion a été le point de départ de cette discussion. Son diagnostic a été cliniquement tumeur bénigne du sein, tumeur adénoïde. Il fit l'amputation partielle. Il croyait trouver une tumeur dans le morceau du tissu mammaire enlevé, mais il ne découvrit rien ; le liquide qui s'écoula des kystes était clair, ou un peu rouge, suivant les endroits. En réalité c'est un cas type de la maladie kystique.

M. REYNIER cite une observation très intéressante, montrant que le diagnostic de la maladie kystique du sein peut parfois être très difficile. M. Reclus a dit : Quand il y a lésion des deux mamelles, avec tumeurs multiples, point n'est besoin ordinairement de sentir la fluctuation pour faire le diagnostic de maladie kystique. M. Reclus ajoute avec raison que pour affirmer ce diagnostic, il faut avoir soin de faire une ponction avec une seringue de Pravaz dans une des plus grosses tumeurs. Dans un cas diagnostiqué maladie kystique, parce qu'on n'avait pas fait de ponction, l'opération et l'examen histologique ont montré qu'il s'agissait de fibromes diffus de la mamelle (fibromes fasciculés avec zones concentriques). Les canaux galactophores présentaient, en certains points, des végétations. M. Reynier conclut de ce fait que les deux caractères réunis, *multiplicité* et *bilatéralité*, lors de tumeurs des seins, indiquent des tumeurs adénoïdes. D'ailleurs, la ponction exploratrice peut, dans quelques cas, induire aussi elle en erreur. Supposez, en effet, qu'en même temps que des fibromes, il y ait des kystes assez volumineux, — et on sait que les fibromes peuvent s'accompagner de kystes dûs à l'oblitération des acini par la déformation et la constriction progessive des canaux galactophores ; — dans ces cas, la ponction elle-même sera insuffisante pour renseigner le chirurgien. M. Reynier pense que ce que M. Phocas a décrit sous le nom de mammite chronique est la même maladie que celle si bien étudiée par M. Reclus.

M. TRÉLAT n'a jamais voulu entrer dans la partie histologique du sujet. Ce qui l'intéresse est la question de diagnostic et de traitement. Le diagnostic, M. Reynier vient de le prouver, n'est pas chose aisée. Pour lui, le traitement est bien simple : il conseille de s'abstenir de toute intervention chirurgicale. Il cite un cas de maladie kystique à évolution très lente ; il l'observe depuis plus de 30 ans et la lésion n'a pas augmenté. Restant sur le terrain clinique, il fait remarquer qu'il diffère d'avis avec MM. Brissaud et Reclus, à ce point de vue. Ces auteurs, en effet, étant données les lésions histologiques, leur diagnostic anatomique (épithéliome kystique), conseillent l'intervention à bref délai.

M. KIRMISSON croit, comme M. Quenu, que la maladie kystique est différente de ce qu'on décrit sous le nom d'épithéliome kystique intra-canaliculaire. Il croit pouvoir donner un signe diagnostique entre ces deux maladies. En effet, dans un cas d'épithélium kystique intra-canaliculaire qu'il a observé, il a constaté que par le mamelon s'écoulait un liquide qui était du sang presque pur. Dans la maladie kystique de Reclus, la sérosité est plus ou moins brune, mais il n'y a jamais de sang dans les kystes. Il pense, avec M. Trélat, qu'il s'agit d'une maladie bénigne et ne veut pas admettre l'opération sanglante.

M. TERRILLON a vu deux malades ayant des kystes multiples des mamelles. Il n'a pas opéré, et ces deux femmes qu'il a vues il y a déjà longtemps pour la première fois sont aujourd'hui presque dans le même état que lors du premier examen.

M. TILLAUX pense qu'il existe une autre maladie ressemblant à la maladie kystique de Reclus, à savoir une maladie inflammatoire à noyaux multiples situés dans les deux glandes ; c'est de la mammite chronique noduleuse. Il en a vu un grand nombre de cas et tous ont guéri par la compression. M. Tillaux pense qu'il y a un signe qui permet de différencier cette affection de celle décrite par Reclus ; c'est le changement de place des petites tumeurs constatées dans la glande. Il est opposé à toute opération.

M. TERRIER observe en ce moment un cas très intéressant de maladie kystique. Jadis, entraîné par les démonstrations anatomiques de MM. Brissaud et Reclus, il a cru à la malignité de cette affection. Aujourd'hui il a un peu changé d'avis. Il la croit bénigne en général. Mais il accepte le « méfiez-vous » de Malassez et croit qu'il faut surveiller avec soin l'évolution ultérieure de ces tumeurs. Dans son cas, la maladie a débuté au moment de la puberté. Aujourd'hui la malade a 30 ans. Les règles ont une influence manifeste sur le volume des bosselures. Les ganglions sont un peu engorgés dans l'aisselle, ce qui rend M. Terrier assez réservé pour le pronostic ; mais, depuis 4 ou 5 ans, les glandes n'ont pas changé d'aspect. La compression du sein est à peu près illusoire ; elle n'a eu aucun effet chez cette jeune malade, nouvelle mariée et peu disposée à se faire amputer les seins. Puisque pour les cas opérés et publiés par M. Reclus il n'y a jamais eu de récidive, c'est que l'affection pour laquelle l'amputation du sein a été faite n'est pas une maladie à récidives, c'est-à-dire une tumeur maligne. Ceci suffit à prouver que dans beaucoup de cas au moins il faut s'abstenir de toute intervention.

M. DESPRÉS présente un malade atteint de *luxation en dedans du coude*. Le cubitus n'est pas seul déplacé ; le radius l'a suivi. C'est là un cas très rare et très curieux. Toutes les observations publiées jusqu'à aujourd'hui ne sont que des tissus d'erreur. La partie externe de la grande cavité sigmoïde embrasse l'épitrochlée. La luxation date de six jours ; elle a été jusqu'ici impossible à réduire.

MM. KIRMISSON et TILLAUX font remarquer que le radius n'est pas luxé.

M. DESPRÉS affirme que la luxation du radius existe.

M. CHAVASSE montre un malade porteur d'une *tumeur lymphangiectasique* en voie de guérison spontanément.

MARCEL BAUDOUIN.

CORRESPONDANCE

Société médicale de Vienne.

Vienne, le 6 février 1888.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je vais vous donner dans cette lettre un résumé des principales communications médicales récemment faites aux Sociétés de notre ville.

M. le professeur ROSENTHAL (de Vienne) vient de faire une communication intéressante sur le *centre ano-vésical* à la *Société Médicale Império-Royale*. M. Rosenthal discute d'abord les opinions contradictoires des différents auteurs en ce qui concerne le siége exact de ce centre médullaire. Quelques savants prétendent que le siège de ce centre doit être cherché au-dessous du renflement lombaire, tandis que d'autres pensent qu'il se trouve au-dessus de cette portion de la moelle. Quinke, se basant sur une observation qu'il avait faite avec Kirchhoff dans un cas où la moelle épinière avait été comprimée lors d'une fracture de la première vertèbre lombaire, soutient que le centre réflexe en question doit être cherché dans le soi-disant *nucléus* de Stilling. Ces divergences d'opinion sont dues, comme M. Rosenthal l'a fait remarquer, à ce fait, que les cas non compliqués rentrant dans cette catégorie de faits sont d'une rareté exceptionnelle. M. Rosenthal a lu ensuite l'histoire d'une malade qui était actuellement dans son service et chez laquelle l'affection résumée ci-dessous était survenue, il y a quatre ans, après un refroidissement aigu. On constate chez elle une anesthésie de la partie inférieure des fesses, du périnée, des organes génitaux externes et internes, de l'urèthre et de la vessie et une paralysie complète de la vessie et du rectum. Les contractions musculaires ne peuvent être produites ni par un acte réflexe ni par des impulsions volontaires ; le centre réflexe de la vessie ou ses moyens de communication avec le cerveau sont donc com-

plètement détruits. La malade n'a pas non plus des notions exactes sur l'état actuel de sa vessie et de son rectum. Si l'on prend en considération l'extension de l'anesthésie dans ce cas, on voit qu'elle coincide tout à fait avec le territoire que Luschka a nommé la portion pelvienne « *Beckenabtheilung* ». Les branches mêmes prennent leur origine au niveau des vertèbres sacrées inférieures et contiennent en outre les nerfs moteurs pour le système uro-génital entier. Comme la malade n'offre aucune trace de paralysie ou d'anesthésie de l'extrémité inférieure, la moelle lombaire ne peut pas du tout être affectée. Le siège de la maladie dans ce cas devait donc être cherché avec grande probabilité dans le cône de la moelle. Une affection du plexus sacré, où les nerfs contiennent déjà des éléments mixtes, n'était pas non plus possible à cause de l'absence de lésions motrices. M. Rosenthal a fait remarquer que le cas qu'il venait de décrire, avec le cas qui a été observé par Kirchhoff, portait à conclure que le centre ano-vésical avait son siège dans le *cone terminal de la moelle épinière*.

M. le Dr Salzer assistant de M. le prof. Billroth, vient de montrer deux cas dans lesquels l'*excision du pylore* avait été exécutée avec succès par M. Billroth. Une femme qui avait souffert depuis longtemps de douleurs abdominales et de vomissements fréquents fut admise au mois de novembre dernier à la clinique. Une tumeur qui s'étendait depuis la région pubienne jusqu'à la région épigastrique fut constatée. La difficulté particulière de l'opération dans ce cas eut pour cause les adhésions étendues des parois abdominales avec la surface de la tumeur. A l'incision de cette tumeur une certaine quantité d'un liquide brunâtre s'écoula. Après un examen plus approfondi on reconnut que la tumeur avait des adhérences avec les parois de l'estomac et qu'elle ne pouvait être extirpée qu'après une excision simultanée d'une grande partie de la paroi stomacale. Voilà pourquoi M. Billroth s'était alors décidé à exécuter en même temps la résection du pylore; cette opération fut suivie de succès; la malade guérit en peu de temps. A l'examen de la tumeur extirpée on vit qu'on avait affaire à un *sarcome* qui avait pris son origine dans la couche musculaire de la paroi stomacale. Dans le second cas qui a été montré à la Société il s'agissait d'une résection du pylore pour un carcinome. La malade guérit. L'intérêt particulier de ce cas était les adhérences avec une partie du pancréas et certaines parties du ligament gastro-colique; le pylore était dans ce cas, d'une façon exceptionnelle, inséré sur la grande courbure de l'estomac.

Adéno-sarcome fibreux. — M. le Dr Zemann, prosecteur et assistant de M. le professeur Kundrat à la chaire d'anatomie pathologique, a montré une tumeur kystique de l'ovaire. La tumeur avait, avec son contenu, un poids de 10 kilogrammes. La paroi interne était inégale et noduleuse; certaines masses de tissu faisaient saillie dans la cavité de la tumeur. La paroi était constituée par du tissu fibreux solide. A la coupe, un suc laiteux recouvrait la surface de la tumeur. Sur une coupe transversale, on remarquait aussi plusieurs petites cavités tapissées d'une couche lisse et contenant du liquide. A la surface interne de la grande cavité, on ne trouva nulle part d'épithélium. L'origine de cette cavité doit donc être expliquée ainsi : les parties centrales de la tumeur ont subi une métamorphose régressive, par suite d'une vascularisation défectueuse; d'où ramollissement et formation d'une cavité. L'examen microscopique montra qu'on avait affaire à un *fibro-sarcome*, et, comme on y découvrit aussi des kystes, on considéra le néoplasme dans ce cas comme un *adéno-sarcome fibreux*.

Formation spontanée d'anévrysmes.—M. le Dr Hochenegg, assistant de M. le professeur Albert à la clinique de chirurgie, a montré une pièce qui avait un grand intérêt à plusieurs points de vue. La préparation provenait d'un jeune homme âgé de 22 ans qui avait souffert de rhumatisme articulaire, il y a cinq ans, et qui avait un vice de conformation du cœur. Quatre semaines avant son entrée à l'hôpital, il avait eu une récidive de son rhumatisme. Il souffrait de vives douleurs dans le membre supérieur gauche. Dans la région ulnaire du coude, on remarqua alors une rougeur et une tuméfaction inflammatoire et l'on fit hors de l'hôpital le diagnostic d'abcès. Le malade présentait tous les symptômes d'une insuffisance aortique et d'une insuffisance mitrale. La tuméfaction susmentionnée présentait des pulsations bien prononcées. On diagnostiqua à l'hôpital, par cette raison, un anévrysme de l'artère ulnaire et l'on chercha à guérir le malade par la méthode d'Esmarch, par la compression digitale, etc., etc. L'anévrysme diminua; en effet, les pulsations devinrent plus faibles; le malade se porta bien. Tout à coup le tableau changea : le malade fut saisi de grandes douleurs dans la région iliaque et dans l'articulation du genou; dans la région rétromalléolaire on découvrit une place rouge et phlegmoneuse. Comme le malade avait raconté que le premier anévrysme avait commencé de la même manière, on songea, dans ce dernier cas, à un anévrysme de l'artère tibiale postérieure. Des douleurs violentes survinrent aussi tout à coup dans la région abdominale inférieure; le malade ne pouvait pas supporter le moindre changement de position dans le lit; il fut pris de vomissement et de diarrhée et bientôt succomba à la suite d'un collapsus à marche rapide. Comme du liquide libre avait pu être reconnu dans la cavité abdominale peu de temps avant la mort du malade, on supposa une rupture d'un vaisseau intra-abdominal. Ce diagnostic fut vérifié à l'autopsie. On constata les vices de conformation des valvules du cœur et un épanchement de 2 kilogrammes 1/2 de sang environ dans la cavité abdominale; l'hémorrhagie avait été causée par la rupture d'un anévrysme de l'artère mésaraïque, qui avait le volume d'un œuf de pigeon. L'anévrysme de l'avant-bras appartenait à l'*arteria interossea*, justement au point où elle prend son origine sur l'artère ulnaire; celle-ci, du reste, avait son calibre normal. En somme, il s'agissait du développement spontané d'anévrysmes, fait rare, encore compliqué par les apparences inflammatoires de la peau, cause de l'erreur de diagnostic.

M. le Dr Paltauf, assistant de M. le professeur Kundrat, a donné, à cette occasion, quelques détails intéressants sur la nature de ces anévrysmes. Il s'agit d'une maladie éminemment parasitaire. En dehors d'une endocardite de date ultérieure, on a trouvé, dans le cadavre, des traces de cette affection, et partout on découvrit des micrococci en grand nombre.

M. le professeur Eppinger a publié sept cas rentrant dans cette catégorie de faits. Il a rencontré toujours des endomyocardites de date récente et des anévrysmes multiples qui, dans la plupart des cas, avaient leur siège là où les vaisseaux se divisent en plusieurs branches.

M. Paltauf a observé quatre cas pareils, dont il donne une description détaillée. Dans tous ces cas, il y avait de l'endocardite verruqueuse d'origine infectieuse; les anévrysmes avaient aussi leur siège dans l'artère de la fosse de Sylvius. La mort survint par suite d'hémorrhagie cérébrale. Dans les artères de méninges, aussi bien que dans l'artère splénique et les intestinales, il y avait des anévrysmes miliaires. Dans tous les anévrysmes, on découvrit de grandes masses de cocci.

Traitement de la syphilis par les injections du calomel. — M. le professeur Neumann a fait une communication sur le *traitement de la syphilis par les injections de calomel*. Cette méthode a été introduite dans la thérapeutique, il y a vingt-trois ans, par un médecin italien nommé Scarenzio. On prétendait que le calomel méritait la préférence aux autres médicaments par le fait qu'il est d'abord transformé en sublimé et qu'il subit de cette sorte une résorption lente, que les symptômes d'intoxication sont évités. Dans ces temps derniers, le calomel a été de nouveau essayé dans différentes cliniques; plusieurs auteurs, entre autres Neisser, se sont prononcés pour cette médication, disant qu'ils avaient obtenu, par ce mode de traitement, des résultats tout à fait excellents. Peu d'injections suffiraient pour faire disparaître les symptômes secondaires de la syphilis. M. le professeur Neumann a, dans sa clinique de l'hôpital général, fait de nouvelles expériences sur les injections de calomel en se servant d'une solution préparée de la manière suivante :

Calomel.	ãã 5 grammes.
Chlorate de sodium.	
Eau distillée	50 —

pour injections.

La méthode a été essayée sur 36 malades; le contenu d'une seringue de Pravaz, dont la capacité est de 10 centigrammes, a été injecté en une fois. Les résultats que M. Neumann a ob-

tenus avec le procédé en question ne sont pas du tout aussi favorables que ceux des autres médecins. Il a trouvé que plusieurs injections étaient nécessaires pour faire disparaître les symptômes syphilitiques; dans un cas, il a même été forcé d'en employer dix-huit.

Les exanthèmes aigus disparaissent plus rapidement que les accidents tardifs de la syphilis. Quant à la question de la cure préventive de la syphilis, M. Neumann a fait remarquer qu'en se servant des onctions mercurielles et de l'iodure de potassium, il avait réussi à ajourner l'apparition des exanthèmes pour des semaines et même pour des mois entiers. En employant dans la cure préventive les injections avec du calomel, les symptômes secondaires de la syphilis disparurent deux semaines plus tard que dans le cas mentionné. Donc les résultats que M. Neumann a obtenus avec cette médication dans plusieurs cas ne sont point en faveur du traitement de la syphilis par les injections de calomel, tant préconisées par divers auteurs.

Veuillez agréer, etc. LEIBOWITZ.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'antisepsie chirurgicale; par M. le Dr P. TROISFONTAINES (de Liège). — Steinheil. Paris, 1888.

La chirurgie sera antiseptique ou ne sera pas, a-t-on répété bien des fois; M. Troisfontaines, dans le récent manuel qu'il vient de publier n'a pas la prétention de vouloir démontrer à nouveau cette vérité; n'est-ce pas l'évidence même pour ceux qui ont vu les résultats obtenus depuis la découverte de cette merveilleuse méthode? Il désire seulement guider, pour leur pratique journalière, les jeunes médecins peu au courant des détails minutieux de la technique antiseptique. Le livre de Lucas-Championnière a en effet un peu vieilli; il était nécessaire et utile de résumer les modifications nouvelles apportées à la méthode listérienne et de fixer les idées des praticiens sur les substances microbicides les plus efficaces et les plus sûres.

Dans la première partie de l'ouvrage, l'auteur fait connaître d'abord les avantages et les inconvénients de ces diverses substances. Il ne recommande l'acide phénique que pour la désinfection des instruments et des éponges; pour assurer l'antisepsie du champ opératoire, de la plaie, du pansement, il préfère le sublimé. Pour désinfecter ou protéger la plaie, l'iodoforme cependant est le médicament le meilleur. On sait d'autre part que l'acide borique convient surtout pour la chirurgie urinaire et oculaire. M. Troisfontaines montre ensuite comment doit être disposée la salle d'opération (1), comment on doit préparer les instruments, les éponges, comment on doit rendre aseptique le champ opératoire, les mains de l'opérateur et des aides. Il insiste sur l'inutilité du spray, qui ne sert, comme le dit notre maître M. Terrier, qu'à désinfecter le poumon et les bronches de l'opérateur et de ceux qui l'assistent. La confection des matériaux de pansement et la façon de préparer les fils à ligatures et à sutures, les drains, sont relatées avec les détails nécessaires.

Dans la seconde partie, M. Troisfontaines indique quelle conduite il faudra tenir, quel pansement il faudra appliquer dans tel ou tel cas donné : hernies étranglées, fractures compliquées, empyème, etc. Enfin, dans un appendice assez court, il indique les procédés antiseptiques usités en obstétrique.

Ce manuel, qui a un caractère essentiellement pratique, rendra les plus grands services à ceux qui ne peuvent pas eux-mêmes se familiariser, dans certains services hospitaliers parisiens, avec les minuties de la méthode antiseptique. Nous engageons vivement les jeunes élèves en chirurgie des hôpitaux à le consulter; ils trouveront là un guide précieux qui leur évitera bien des remontrances de la part de leurs chefs de service. Ce manuel n'a qu'un défaut : il est, sur quelques points importants, un peu trop écourté; d'autres parties au contraire auraient pu être moins développées. MARCEL BAUDOUIN.

(1) Voir dans le *Progrès médical*, n° 6, 1887, la description de la salle d'opérations de M. Maunoury à l'hôpital de Chartres.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. *Faculté de médecine d'Heidelberg.* — MM. les Drs Hoffmann et Flexier sont nommés privat-docents.

VARIA

Congrès Français de Chirurgie.

Troisième Session, du 12 au 17 Mars 1888 (1).

Communications annoncées (1re liste).

QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR :

1° *De la conduite à tenir dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses)* : M. le prof. Trélat, MM. les Drs Chauvel, Reclus, Delorme (de Paris), Vaslin (d'Angers).

2° *De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive* : M. le prof. Trélat, MM. les Drs Segond, Richelot, Schwartz (de Paris), Thiriar (de Bruxelles), Doyen (de Reims), Bœckel (de Strasbourg), Mollière (de Lyon), Socin (de Bâle), Le Diberder (de Lorient).

3° *Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Lietevant et d'Estlander); indications, contre-indications et résultats définitifs* : M. le prof. Ollier (de Lyon), MM. les Drs Thiriar (de Bruxelles), Reverdin (de Genève), J. Bœckel (de Strasbourg), Kirmisson (de Paris), Vaslin (d'Angers), Doyen (de Reims), Delorme (du Val-de-Grâce).

4° *De la récidive des néoplasmes opérés; recherche des causes et prophylaxie* : M. le prof. Verneuil (de Paris), MM. les Drs Bœckel (de Strasbourg), Poncet (de Lyon), Doyen (de Reims), Bazy (de Paris), Cazin (de Berck-sur-Mer).

QUESTIONS DIVERSES.

M. le Pr Ollier (de Lyon): *Du traitement de l'ankylose du poignet par la résection et du rétablissement d'une articulation mobile après cette opération.* — M. le Pr Lannelongue (de Paris) : *Kystes dermoïdes de la région fontanellaire antérieure.* — M. le Dr Terrillon (de Paris) : *Quinze hystérectomies abdominales pour fibromes volumineux. Réflexions à propos de 60 cas de fibromes utérins.* — M. le Dr Segond (de Paris) : *Du traitement chirurgical des kystes du foie.* — M. le Dr Galezowski (de Paris) : *Des mélano-sarcomes oculaires et de leur récidive après les opérations.* — M. le Dr Vincent (de Lyon) : *Sur la cholécystotomie chez les enfants.* — M. le Dr Javal (de Lyon) : *Sur le traitement du strabisme.* — M. le Dr Accolas (de Rennes): *Observations d'abcès du foie traités par la méthode de Little.* — M. le Dr Thiriar (de Bruxelles) : *De la cholécystotomie.* — M. le Dr Cerné (de Rouen) : *Du diabète phosphatique. — Son influence dans la production des lésions chirurgicales analogues à celles du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave.* — M. le Dr Doyen (de Reims): *Etiologie des septicémies et de la valeur réelle des antiseptiques au point de vue chirurgical.* — M. le Dr de Backer (de Roubaix) : *De l'antisepsie et de l'asepsie au moment de l'opération.* — M. le Dr Jeannel (de Toulouse) : *De l'ostéotomie longitudinale.* — M. le Dr Fontan (de Toulon) : *Résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.* — M. le Dr Richelot (de Paris) : *Récidives des cancers utérins après l'hystérectomie vaginale.* — M. le Dr Monod (de Paris): *Remarques sur les lymphangiomes. Du lymphangiome circonscrit. Note sur les lésions anatomiques dans les panaris analgésiques. Sur un cas de greffe tendineuse.* — M. le Dr Poncet (de Lyon) : *De la résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissement.* — M. le Dr Vaslin (d'Angers) : *Traitement chirurgical des différentes espèces de pied-bot. Indication de l'ablation des tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou et de l'aisselle, technique opératoire.* — M. le Dr Berthomier (de Moulins) : *Traitement des fractures du coude chez les enfants et les adultes par l'immobilisation en extension et supination.* — M. le Dr Tillaux (de Paris) : *Traitement des pseudarthroses. De la pharyngotomie inférieure. De la suture des nerfs.* — M. le Dr Kirmisson (de Paris) : *Résection du squelette pour remédier à des pertes de substances des parties molles.* — M. le Dr Schwartz (de Paris) : *Du traitement des tumeurs érectiles par l'électricité.* — M. le Dr Picqué (de Paris): *Anévrysme volumineux de l'artère fémorale au pli de l'aine. Ligature de l'artère iliaque externe. Guérison.* — M. le Dr Redard (de Paris) : *Technique des corsets orthopédiques. Fracture ancienne au tiers inférieur de la jambe gauche chez une femme de 75 ans. Cal vicieux, résection. Guérison.* — M. le Dr Bazy (de Paris) : *Deux cas rares de corps étrangers de la vessie.*

(1) On peut toujours s'inscrire jusqu'au jour de l'ouverture de la Session, en envoyant un mandat poste de 20 fr., au Secrétaire général, M. le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

Manifestation en l'honneur du docteur Festraerts.

Le *Journal d'Accouchements* a inséré la circulaire suivante envoyé par le *Fédération médicale Belge :*

Le Corps médical a accueilli avec une faveur des plus marquées l'arrêté royal qui a conféré au Dr Festraerts, directeur du *Scalpel*, le titre de chevalier de l'Ordre de Léopold. La Fédération médicale Belge en particulier, que les circonstances ont mis à même d'apprécier à leur valeur les mérites de son vénérable président d'honneur, ne pouvait manquer d'applaudir chaleureusement à une distinction qui, échéant au courageux défenseur de la dignité et des prérogatives du Corps médical, au propagateur le plus constant des idées d'association parmi les médecins, l'honorait elle-même en glorifiant celui qu'elle considère à la fois comme un chef et un drapeau. Désireux d'assurer aux sentiments de haute estime et d'ardente sympathie qui animent les milliers de confrères du vaillant publiciste l'expression durable qui leur convient, le bureau de la Fédération médicale a décidé d'offrir, au Dr Festraerts, son portrait lithographié, et de convier tous les membres du Corps médical à s'associer, par souscription, au témoignage d'affectueuse reconnaissance qu'il s'apprête à donner à son digne président d'honneur. Nous avons la conviction, honoré confrère, que vous voudrez bien nous accorder, non-seulement votre adhésion personnelle, mais encore votre concours efficace, à l'effet d'assurer à notre manifestation, par l'unanimité des participations, un caractère imposant et grandiose, digne de celui que nous entendons glorifier, et digne aussi du Corps médical de notre pays. Nous nous joignons à la Fédération pour prier tous les médecins d'envoyer leur adhésion à cette marque d'estime et de sympathie, si bien méritée par notre dévoué confrère du *Scalpel.*

Service de santé militaire.

Par décret, en date du 16 février 1888, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir : *Au grade de médecin principal de première classe* : MM. les médecins principaux de deuxième classe Madamet en remplacement de M. Arnould, promu. — Maintenu comme médecin chef à l'hôpital de Bordeaux; Renard, en remplacement de M. Hürst, retraité.—Désigné pour l'emploi de médecin chef de la place et de l'hôpital de Lille. — *Au grade de médecin principal de deuxième classe* : MM. les médecins-majors de première classe Roy, en remplacement de M. Teinturier, retraité. — Maintenu provisoirement à l'hôpital de Versailles; servent en remplacement de M. Madamet, promu. — Désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans; Boutonnier, en remplacement de M. Renard, promu. — Désigné pour l'emploi de medecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nantes. — *Au grade de médecin-major de première classe* : MM. les médecins-majors de deuxième classe Perrin, en remplacement de M. Baldy, retraité. — Maintenu au 16e d'infanterie; Sauveroche, en remplacement de M. Cominal, retraité. — Désigné pour le 81e d'infanterie; Klein, en remplacement de M. Pasquet, retraité. — Désigné pour le 21e d'infanterie; Brochard, en remplacement de M. Lambert, retraité. — Désigné pour le 13e d'infanterie; Donion, en remplacement de M. Roy, promu. — Maintenu provisoirement aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; Gigon, en remplacement de M. Servent, promu. — Désigné pour le 117e d'infanterie; Reverchon, en remplacement de M. Boutonnier, promu.—Désigné pour le 115e d'infanterie. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe* : M. Bedel, médecin-major de deuxième classe en non-activité pour infirmités temporaires, en remplacement de M. Perrin, promu. — Désigné pour l'hôpital de Toulouse, MM. les médecins aides-majors de première classe Farcy, en remplacement de M. Laget, décédé. — Désigné pour le 96e d'infanterie; Rivaud, en remplacement de M. Dreyfus, démissionnaire. — Maintenu provisoirement aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; Camus, en remplacement de M. Samier, mis en non-activité pour infirmités temporaires. — Désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran; Lapeyre, en remplacement de M. Lasserre, démissionnaire. — Désigné pour le 108e d'infanterie; Blanc, en remplacement de M. Zœller, démissionnaire. — Maintenu provisoirement au 139e d'infanterie; Bimler, en remplacement de M. Sauveroche, promu. — Maintenu au 14e d'infanterie; Baret, en remplacement de M. Klein, promu. — Désigné provisoirement pour le 19e d'infanterie; Comte, en remplacement de M. Brochard, promu. — Désigné provisoirement pour le 99e d'infanterie; Baratte, en remplacement de M. Donion, promu. — Maintenu provisoirement aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; Eon, en remplacement de M. Gigon. promu. — Désigné provisoirement pour le 35e d'infanterie; Labanowski, en remplacement de M. Reverchon, promu.—Désigné provisoirement pour le 100e d'infanterie. — *Au grade de pharmacien principal de deuxième classe* : MM. les pharmaciens-majors de première classe Judicis, en remplacement de M. Viltard, retraité. — Désigné pour l'hôpital de Versailles; Bernard, en remplacement de M. Mullet, retraité. Désigné pour l'hôpital de Bourges. — *Au grade de pharmacien-major de première classe* : MM. les pharmaciens-majors de deuxième classe Décobert, en remplacement de M. Cothon, retraité. — Désigné pour l'hôpital du camp de Châlons: Worms, en remplacement de M. Villedon-Denaide, retraité. — Désigné pour la direction du service de santé du 5e corps; Haas, en remplacement de M. Judicis, promu — Désigné pour l'hôpital de Nancy; Bousson, en remplacement de M. Bernard, promu. — Maintenu à l'hôtel des Invalides. — *Au grade de pharmacien-major de deuxième classe* : MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Durieu, en remplacement de M. Décobert, promu. — Désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine; Dulud, en remplacement de M. Worms. promu. — Désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger; Nicolas, en remplacement de M. Haas, promu. — Maintenu à la réserve des médicaments, à Marseille; Couton, en remplacement de M. Bousson, promu. — Maintenu à l'hôpital du Val-de-Grâce.

— Par décision ministérielle, en date du 16 février 1888, les médecins et pharmaciens militaires dont les noms suivent ont été désignés pour occuper les postes ci-après indiqués, savoir : M. le médecin principal de première classe Nogier, pour l'hôpital de Versailles; M. le médecin principal de deuxième classe Gentit, pour l'hôpital du Gros-Caillou; MM. les médecins-majors de première classe Haas; pour l'hôpital Saint-Martin; Delmas, pour le 13e d'artillerie; Vigenaud, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Clermont-Ferrand; André, pour l'hôpital de Bastia; Defos du Rau, pour le 1er d'artillerie pontonniers; Dantin, pour l'hôpital de Bourges; Quivogne et Audet, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; MM. les médecins-majors de deuxième classe Hoigne, pour le 146e d'infanterie; Cadot pour le 21e bataillon de chasseurs à pied; Yvert, pour l'Ecole d'application de Fontainebleau; Testeau, pour le 20e chasseurs à cheval; Villegente, pour le 14e bataillon d'artillerie de forteresse; Ravenez, pour l'Ecole de Saumur; Amat, pour le 101e d'infanterie; Famechon, pour le 117e d'infanterie; Tournier, pour le 7e dragons; de Casabianca, pour le 1er chasseurs d'Afrique; Sourris, pour le 57e d'infanterie; Riff, pour le 148e d'infanterie; Atgier, pour le 3e zouaves; Bony, pour le 82e d'infanterie; Debierre, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Brousses, pour le 28e d'infanterie; Gaye, pour le 86e d'infanterie; Cardot, pour le 60e d'infanterie; de Merssemann, pour les hôpitaux de la division d'Alger; Vilmain, pour le 94e d'infanterie; Vielle, pour le 4e d'infanterie. — MM. les médecins aides-majors de première classe Mosimann, pour les hôpitaux de la division de Constantine; Pelletier, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; Prost-Maréchal, pour le 3e hussards; Lapasset, pour le 16e dragons; Viger, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Gruson, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; Odile, pour le 36e d'artillerie; Pauzat, pour les hôpitaux de la division d'Oran; Letellier, pour le 72e d'infanterie; Quéhéry, pour les hôpitaux de la division d'Alger. M. le médecin aide-major de deuxième classe Feuillade, pour le 150e d'infanterie. —M. le pharmacien principal de deuxième classe Warnier, pour l'hôpital Saint-Martin. MM. les pharmaciens de première classe Barillé, pour l'hôpital de Vincennes; Janin, pour la direction du service de santé du 3e corps d'armée; Roman, pour l'hôpital de Bourges. MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Girard, pour l'hôpital de Cambrai; Guillot, pour la pharmacie centrale des hôpitaux militaires à Paris; Evesque, pour l'hôpital du Gros-Caillou; Rougnon, pour la réserve des médicaments à Marseille.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 27. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Reynier. — 3e *Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, A. Robin.

MARDI 28. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Fernet, Raymond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Richet, Panas, Maygrier; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Tarnier, Campenon; — (2e partie): MM. G. Sée, Peter, Ballet.

MERCREDI 29. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Delens, Ribemont-Dessaignes; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Budin, Reclus.

JEUDI 1er mars. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Quinquaud. — 3e *de Doctorat* (2e partie) :

MM. Jaccoud, Fernet, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Raymond.

VENDREDI 2. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Delens, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes. — 5e de Doctorat (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Budin, Segond ; — (.e partie) : MM. Hayem, Ollivier, Brissaud.

SAMEDI 3. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly Campenon ; — (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Tarnier, Polaillon, Schwartz ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Peyrot, Maygrier. — (2e partie) : MM. Laboulbène, Legroux, Troisier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 29. — M. Hischmann. Intoxications et hystérie — M. Morin. Contribution à l'étude clinique de la fièvre syphilitique. Typhase syphilitique. — *Jeudi* 1er *mars*. — M. Lepage (Gabriel). Applications du forceps au détroit supérieur.— M. Lebel. Des épilepsies par troubles de la circulation. — *Vendredi* 2. — M. Wisard. De l'in- tervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement. —M. Aldesco. Rectotomie posté à rieure préliminaire ou exploratrice.— M.Raoul.De la désarticulation du coude avec résection des saillies articulaires de l'humérus.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 12 février 1888 au samedi 18 février 1888, les naissances ont été au nombre de 1203, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 412 ; illégitimes, 177. Total, 589. — *Sexe féminin :* légitimes, 440 ; illégitimes, 174. Total, 614.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 12 février 1887 au samedi 18 février 1888, les décès ont été au nombre de 1112, savoir : 575 hommes et 537 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 6, F. 5. T. 11. — Variole : M. 1, F. 4, T. 5. — Rougeole : M. 7, F. 12. T. 19. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 22 F. 20, T. 42. —Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phtisie pulmonaire : M. 121, F. 69. T. 190. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 21. T. 38.— Tumeurs bénignes : M. 1, F. 5. T. 6. —Tumeurs malignes : M. 12, F. 26. T. 38. — Méningite simple : M. 18, F. 26. T. 44. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 23, F. 25. T. 48. — Paralysie : M. 3, F. 4. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 10. T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 42, F. 41. T. 83. — Bronchite aiguë : M. 23, F. 19 T. 42.— Bronchite chronique : M. 26, F. 24. T. 50. — Broncho-Pneumonie : M. 23, F. 23, T. 46. — Pneumonie M. 27, F. 43. T. 70. — Gastro-entérite, biberon : M. 18, F. 19. T. 37.— Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 7. T. 15 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3. T. 4.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 18, F. 12, T. 30. — Sénilité : M. 9, F. 22. T. 31. — Suicides : M. 13, F. 2 T. 15.— Autres morts violentes : M. 3. F. 8. T. 11. — Autres causes de mort : M. 117 F. 71. T. 188. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 5. T. 12.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 103, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 39, illégitimes, 14. Total : 53. — *Sexe féminin :* légitimes, 32 ; illégitimes, 18. Total : 50.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.— Le conseil s'est occupé des difficultés et des inconvénients que peut présenter le remplacement momentané, souvent tout à fait imprévu, des titulaires des chaires *spéciales* par les agrégés qui, dans l'organisation actuelle, ne sont nullement tenus de s'être spécialisés à l'avance. Une commission a été nommée en vue d'étudier un système qui permettrait de combler cette lacune et d'avoir, en cas de besoin, des agrégés déjà préparés à tel ou tel enseignement *spécial*, au plus grand profit des élèves. Cette commission se compose de MM. Brouardel, Le Fort, Jaccoud, Grancher, Damaschino.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — On va prochainement inaugurer la nouvelle Faculté de médecine et l'hospice des Enfants assistés. La municipalité et le conseil municipal ont résolu de faire coïncider ces inaugurations en les célébrant avec une grande solennité. Le maire de Bordeaux doit aller prochainement à Paris inviter le Président de la République et certains ministres. On a des raisons d'espérer qu'ils accepteront.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX. — Un congé d'un an, sans traitement, à partir du 20 février 1888, a été accordé, sur sa demande, à M. Lagrange, agrégé, près ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. MÉNARD, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, préparateur d'anatomie pathologique à ladite Faculté, en remplacement de M. Guibert, démissionnaire.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — Par arrêté ministériel, en date du 17 février 1888, la chaire de physique de la Faculté des sciences de Toulouse est déclarée vacante.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LIMOGES. — M. PEYRUSSON, pharmacien de 1re classe, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. *Nomination*. — Nous avons le plaisir d'annoncer à nos lecteurs la nomination au professorat de notre ancien collaborateur, M. le Dr Th. RAYMOND.

HÔPITAL DE BERCK. *Concours pour l'Internat.* — Nous rappelons aux candidats que le concours pour la nomination de deux internes à l'Hôpital de Berck aura lieu le 12 mars, et que le registre d'inscription sera clos le lundi 27 février à 3 heures. Il serait vivement à désirer qu'au lieu d'un concours spécial, les internes de Berck soient recrutés parmi les internes des hôpitaux, sans concours spécial.

ASILE D'ALIÉNÉS DE QUIMPER. — On nous apprend qu'une place d'interne est vacante à l'asile d'aliénés de Quimper. — Nous pensons que l'organisation nouvelle projetée pour le recrutement des médecins-adjoints s'appliquera au recrutement des internes des asiles et qu'on instituera un Concours régional pour le recrutement des internes des asiles.

ASSAINISSEMENT DES VILLES. — La Chambre des députés a voté un projet de loi autorisant la ville de Lorient à emprunter une somme de 1,500,000 fr. pour établir une distribution d'eau alimentée par les sources de la Scavee.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — *Conférences de Paris*. Les conférences pour l'année 1888 ont lieu dans le grand amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés Savantes, 28, rue Serpente, et 14, rue des Poitevins, les samedis à 8 h. 1/2 du soir. Le samedi, 25 février, aura lieu celle de M. RAPHAEL BLANCHARD, agrégé à la Faculté de Médecine de Paris : *Les ennemis de l'espèce humaine. Une page d'hygiène alimentaire.* — Les autres seront : le samedi, 3 mars. M. ROLLAND, Ingénieur au corps national des mines : *L'Oued-Rir' et la colonisation française au Sahara.* — Le samedi, 10 mars. M. EIFFEL, Vice-Président de la Société des Ingénieurs civils : *Les grandes constructions métalliques.* — Le samedi, 17 mars. M. DAYMARD, Ingénieur en chef de la Compagnie générale Transatlantique : *Les progrès récents de la navigation à vapeur.*

BAL DES ÉTUDIANTS. — La *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, tout en restant un organe exclusivement scientifique, ne se désintéresse pas cependant des questions qui concernent les étudiants. C'est ainsi qu'elle croit devoir informer ses lecteurs que, samedi 25 février, ils donneront au profit des pauvres un concert suivi d'un bal qui promet d'être très brillant.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE. — Le ministre de la marine, sur l'avis du Conseil supérieur de santé, a décerné : 1° Le prix de médecine navale, pour l'année 1887, à M. le médecin de première classse Tissot, du port de Toulon, pour son mémoire sur la campagne du *Hussard* (Tunisie, Levant, Mer des Indes, 1885-1887) ; 2° Une mention honorable à M. le médecin de première classe Randon, pour son rapport sur la campagne de la *Clorinde* (Terre-Neuve, 1887). Le ministre a, en outre, accordé des témoignages officiels de satisfaction à : 1° MM. les médecins de première classe Cognes, pour son travail sur la campagne du *Vaudreuil* (Mer des Indes, 1885-1887) ; Hénaff, pour son mémoire sur la campagne du *Nielly* (Mer des Indes, 1885-1887) ; Solland, pour son rapport sur le service médical du 1er régiment d'infanterie de marine (1887) ; Maget, pour son rapport sur la campagne de l'*Iphigénie* (1887) ; Clarac, pour son mémoire sur la fièvre bilieuse inflammatoire (1887) ; H.-M.-V. Hervé, pour son rapport sur le voyage de circumnavigation du transport le *Fontenoy* (1886-1887) ; 2° MM. les médecins de deuxième classe Marestang, pour son mémoire sur l'île Saint-Barthélemy (1887) ; Layet, pour son travail intitulé : « Campagne de l'*Ardent*, côtes occidentales d'Afrique » (1886-1887).

ERRATUM. — Page 122 (n° du 18 février), article sur la *Taille par le haut appareil.* Au lieu de : « Jusque sur le *péritoine* », lire « jusque sur le *fascia* ».

INSTITUT DES SOURDS-MUETS DE PARIS. *Clinique laryngologique.* — Une place d'aide de clinique est vacante, à la clinique laryngologique de l'Institut national des Sourds-Muets de Paris. Les candidats doivent avoir seize inscriptions. — S'adresser les mardis, jeudis ou samedis, à deux heures, à M. le Dr Ruault, chef de service

LES ETUDIANTS EN SUISSE.—Les étudiants de l'Université de Berne ayant porté un défi collectif à leurs collègues de Zurich, le corps des « Tigurins » a répondu par l'envoi immédiat d'une vingtaine de ses meilleurs bretteurs. Les duels à la rapière n'ont fini qu'à la nuit tombante par une sorte de parade en ville. Au départ du train de Zurich, quinze fiacres à la queue leuleu ont amené quinze blessés, le visage tailladé, couturé, entouré de linges sanglants. Chose plus grave : deux étudiants excités ont profité de l'occasion pour vider une vieille querelle. L'un d'eux a été grièvement blessé d'un coup de sabre et transporté chez lui sur une civière.

PRIX WILLIAMS JENKS. — La question posée est ainsi conçue : *Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine*. Les médecins de tous les pays sont admis à concourir. Le mémoire doit être la production d'un seul auteur. Le prix est de 1,300 fr. Les mémoires, écrits en anglais, ou accompagnés d'une traduction anglaise, doivent être adressés au Dr Ellwood Wilson, président du comité, au Collège des Médecins de Philadelphie, Pensylvanie (Etats-Unis), avant le 1er janvisr 1889.

NOMINATIONS. — M. DEBRAY, membre de l'Institut, et M. GRIMAUX, professeur à l'Ecole polytechnique, sont chargés de publier, dans la collection des Documents inédits, le cinquième et dernier volume des œuvres de Lavoisier.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal, la *Revue médicale pharmaceutique*, imprimée à Constantinople, surtout en français, mais aussi en turc et en grec, et dirigée par M. Apéry. Les principaux collaborateurs sont : M. Mahé, médecin sanitaire de France, M. Zambaco, correspondant de l'Académie de Médecine. Ce journal paraîtra une fois par mois; il est destiné à faire connaître en Europe les travaux et les observations des médecins de l'Orient. Nous souhaitons un prompt succès à cette nouvelle revue. — Mentionnons aussi la publication du journal, *Duodecim*, imprimé à Helsingki et dirigé par M. Relander.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Ordre du jour : 1° Rapport de la Commission des finances : M. Mitivié; 2° Rapports de MM. Briand, Chaslin et Charpentier sur les candidatures de MM. Vallon, Pottier et Lemoine; 3° Observation de glycosurie au début de la paralysie générale par M. Rouillard ; 4° Sur l'origine de quelques idées délirantes dans la paralysie générale par M. Klein ; 5° Du délire chronique (*suite*) par M. Magnan.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE. — Il est fondé à Paris une société médicale dite : « Société de Stomatologie » (1). Elle a pour objet l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes. Elle se compose : 1° de membres fondateurs ; 2° de membres titulaires ; 3° de membres correspondants nationaux ou étrangers. 4° de membres honoraires. Les membres titulaires, correspondants et honoraires sont en nombre illimité. Exposé des motifs : Les médecins qui ont pris l'initiative de fonder la Société de Stomatologie placent au-dessus de toute contestation que la Stomatologie, définie ainsi qu'il est dit ci-dessus, fait partie intégrante de la médecine et qu'elle exige, pour être exercée avec autorité, une instruction scientifique aussi variée et aussi complète que les autres spécialités médicales. Or, l'exercice de la médecine en France n'étant pas libre, ils invoquent l'application du droit commun, c'est-à-dire la pratique de la Stomatologie par les médecins. Ils font appel, en outre, à ceux de leurs confrères exerçant des spécialités dont les points de contact avec la Stomatologie proprement dite sont les plus fréquentes. (Laryngologie, rhinologie, otologie, ophtalmologie, etc.). Ils espèrent par le rapprochement de ces compétences multiples, fonder une œuvre profitable à la science. Les médecins, désireux d'entrer dans cette Société, sont priés d'en informer l'un des membres du bureau dont les noms suivent : MM. les docteurs : Magitot, président, 8, rue des Saints-Pères ; Gruet, 2, rue de la Paix ; Galippe, 65, rue Sainte-Anne ; Moreau-Marmont, 23, boulevard Haussmann ; Pietkiewicz, 79, boulevard Haussmann.

SOCIÉTÉ PROTECTRICE DE L'ENFANCE. — Lundi dernier a eu lieu, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de Sorbonne, la séance générale annuelle de la Société protectrice de l'enfance, sous la présidence d'honneur de M. le Dr Hérard, président de l'Académie de médecine. La salle était remplie. M. le Dr Marjolin a fait un bref historique des différentes Sociétés de protection de l'enfance, depuis Vincent de Paul jusqu'à nos jours. M. Bache, secrétaire général, a donné lecture du compte rendu moral et financier de l'œuvre ; le nombre des membres s'élève à 3,228 et le capital à 130,000 fr. M. Georges Picot, de l'Institut, a lu ensuite le rapport du Dr Moizard sur les récompenses à donner aux médecins inspecteurs chargés de surveiller la santé des nourrissons. Il en est bien besoin, car la natalité est faible en France et la mortalité effrayante : le nombre annuel des naissances est d'environ 937.758, et, dans la première année, celui des morts de 231.129. Le nombre des enfants soumis à la protection instituée par la loi Roussel s'élève à 200.000.

La Société protectrice de l'Enfance vient de décerner les récompenses suivantes : *Médaille d'or* : M. le Dr Jenot (de Dercy). — *Médaille de bronze* : MM. les Drs Brun (de London) et Toussaint (d'Argenteuil).

(1) Cette fondation a eu lieu à Paris, le 6 février, par une réunion de médecins dont les noms suivent : MM. les Drs Brochard-Rigaut, A. Chauveau, E. Courtaix, Cruet, M. Ernoux, Ferrier, Galippe, Lempert, de Madec, Magitot, Moreau-Marmont, Pietkiewicz, Richard d'Aulnay, Stoess.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Ernest LEBERECHT WAGNER, professeur de pathologie et de thérapeutique à l'Université de Leipzig, vient de mourir le 10 février à l'âge de 59 ans. — M. le Dr Henri BOHN, professeur extraordinaire de pédiatrie à l'Université de Kœnigsberg, est mort le 8 janvier dernier. Ses principaux travaux sont : *Les maladies de la bouche chez les Enfants*; — *Traité de la vaccination* ; — *Des exanthèmes aigus*, parus dans le Traité des maladies des Enfants de Gerhardt. Il était collaborateur du *Jahrbuch für Kinderkeilhunde*, revue dans laquelle il a publié un certain nombre de mémoires sur le rachitisme, les maladies de la peau chez les enfants, les affections emboliques cutanées, le pemphigus, le zona, l'eczéma, etc. Il s'occupait beaucoup des maladies nerveuses des Enfants. Bohn, qui passait en Allemagne pour un médecin d'enfants de première valeur, était professeur à Kœnigsberg depuis 1868. Il est mort à 56 ans (M. B.). — M. E. ROUSSEAU père, né le 4 avril 1815, à Clamecy, ancien préparateur d'Orfila, puis de Dumas à la Faculté de médecine, répétiteur à l'Ecole centrale, chimiste. Rousseau est l'auteur d'un travail sur les *Pyrites*. On lui doit la fabrication du sucre par le procédé dit de Rousseau et un certain nombre d'autres inventions. Il est décédé à 73 ans.

A CÉDER EN NORMANDIE, pour cause de santé, une clientèle médicale dont le titulaire dessert pendant la saison, deux stations balnéaires des plus fréquentées.

La commune de Bèze (Côte-d'Or), demande un médecin ; elle fournit subvention et logement. Pays de chasse et de pêche. Gare sur la ligne d'Is-sur-Tille à Gray.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT reprendra ses leçons mardi prochain, 28 février, et les continuera les vendredis et mardis suivants.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. Service de M. Ernest BESNIER. — Mardi, opérations dermatologiques : lupus, acnés, etc. — Mercredi, dermatophyties, teignes, alopécies diverses. — Vendredi consultation externe. — Samedi, clinique.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. BUDIN, samedi et mardi à 9 heures du matin.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.—*Thérapeutique infantile* : M. Jules SIMON, mercredi à 9 heures. — *Pathologie et clinique médicale infantile* : M. DESCROIZILLES, le vendredi à 9 heures. — *Clinique médicale* : M. le Dr OLLIVIER, le lundi à 9 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, jeudi à 9 heures.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Maladies nerveuses et mentales* : M. le Dr MAGNAN, dimanche et mercredi, à 9 heures 1/2.

HÔPITAL BICHAT.—*Chirurgie.* M. le Dr TERRIER. Consultations le mardi, jeudi, samedi à 9 heures ; consultation spéciale pour les maladies des yeux et les oreilles le jeudi à 9 heures. Grandes opérations le mardi à 8 heures 1/2. — *Médecine.* M. HUCHARD et M. GAILLARD-LACOMBE. tous les jours, à 9 heures. Le jeudi, consultation spéciale pour les maladies du cœur, faite par M. Huchard.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 9. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 3 MARS 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. — **M. P. BUDIN**, professeur agrégé.

Des hémorrhoïdes pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches.

Leçon recueillie par E. BONNAIRE.

Vous avez vu, ces jours derniers, couchée au n° 29 des salles de la Clinique, une femme chez laquelle, malgré l'évolution normale des suites de couches, se sont montrés des troubles dans l'état général occasionnés par des douleurs très intenses ayant leur siège au niveau de la région anale.

Cette femme, âgée de 25 ans, est accouchée pour la quatrième fois le 1er novembre, après un travail d'une durée de 5 heures et demie. Les grossesses et les accouchements antérieurs n'ont rien présenté de particulier ; jamais il n'avait existé, jusqu'ici, de varices ni d'hémorrhoïdes. Cette fois, on a vu apparaître au cours du travail, hors de l'anus, un large bourrelet hémorrhoïdal qui a persisté après l'expulsion du fœtus.

Le surlendemain de l'accouchement, 3 novembre, à la visite du matin, nous avons été frappé de l'état d'agitation dans lequel se trouvait la malade. Son facies était inquiet, souffreteux, elle se plaignait de douleurs vives qui duraient sans s'atténuer depuis la veille et avaient empêché tout sommeil. Après l'avoir fait coucher sur le côté, nous avons constaté l'existence de tumeurs multiples, continues entre elles, entourant la marge de l'anus d'une masse bosselée qui avait le volume de la moitié du poing. De teinte violacée, de forme arrondie et de consistance très tendue, ces tumeurs extrêmement douloureuses au toucher nous offraient les caractères types des hémorrhoïdes étranglées.

Pour obvier aux phénomènes de congestion intense, des cataplasmes de fécule, rendus antiseptiques par addition d'acide borique, ont été appliqués, et pour supprimer ou atténuer les douleurs, nous avons prescrit des onctions avec une pommade contenant 1 gramme de cocaïne pour 20 grammes de vaseline. Un purgatif, du sulfate de soude, est prescrit pour le lendemain matin ; il fera disparaître la constipation et facilitera une intervention plus active, si elle est nécessaire.

Le 4 novembre, nous constatons que cette thérapeutique n'a pas donné de résultats satisfaisants ; la malade a souffert autant que la veille, l'état d'agitation et d'inquiétude persiste, elle n'a pas dormi depuis son accouchement; le pouls est fréquent, la température axillaire est de 38°,7. Malgré les garde-robes au nombre de quatre, obtenues dans la matinée, le bourrelet hémorrhoïdal demeure aussi volumineux, aussi douloureux, la coloration en est plus cyanosée, et, en écartant les tumeurs, nous constatons à leur surface interne l'existence d'une plaque peu étendue, de teinte presque noire, indice certain de l'imminence du sphacèle. En présence de cette menace, et en tenant, de plus, grand compte des supplications pressantes de la malade pour laquelle les souffrances sont devenues intolérables, nous procédons à la réduction des hémorrhoïdes.

Cette femme étant pusillanime et l'opération comportant des manœuvres pénibles, je fis administrer du chloroforme. Dès les premières inhalations vous avez pu voir disparaître très rapidement toute douleur au contact des doigts, bien que la pression de ceux-ci fût assez énergique ; le sphincter a cessé de se contracter spasmodiquement et la réduction a été faite sans que la femme ait proféré une plainte. Cependant, à aucun moment, l'intelligence n'a été troublée; non seulement la patiente a pu répondre à toutes nos questions, mais encore elle s'est rendu un compte exact de toutes ses impressions. Après l'opération un tampon d'ouate, recouvert de vaseline et d'iodoforme, a été appliqué sur l'anus. Il n'y a pas eu de selle dans la journée.

Le lendemain, 5 novembre, nous avons trouvé notre malade le visage reposé et calme, elle était véritablement transformée ; elle avait parfaitement dormi et n'avait éprouvé aucune souffrance ; il n'existait plus d'élévation de température. La réduction, néanmoins, ne s'était qu'incomplètement maintenue, mais le bourrelet reproduit était moins volumineux, n'offrait aucune tension, aucun symptôme d'étranglement ; les jours suivants, il a spontanément achevé de s'affaisser et, à cette heure, il n'existe plus que quelques marisques.

Cette observation pourrait être l'objet de considérations de deux ordres ; les unes que je ne ferai que vous signaler, quel que soit l'intérêt qu'elles comportent, ont trait à l'analgésie ; les autres me permettront de m'étendre plus longuement sur l'évolution des hémorrhoïdes dans leurs rapports avec la puerpéralité.

Peu de questions ont prêté à plus de divergences d'opinions et à plus de vivacité dans les polémiques que celle de l'analgésie obstétricale. On entend sous ce nom une anesthésie partielle qui fait disparaître la sensibilité à la douleur et laisse intacts les autres modes de sensibilité ainsi que l'intelligence et la motilité.

Notre malade a analysé elle-même très nettement ses sensations. Voici ses propres paroles à l'externe de service, M. Bataillard, chargé de prendre son observation.

« Je n'ai pas perdu un seul instant le sentiment, et je pouvais répondre aux questions qui m'étaient posées. Je savais qu'il s'agissait de rentrer mes hémorrhoïdes et qu'on me donnait le chloroforme pour diminuer la douleur de l'opération. Je n'ai rien senti du tout ou plutôt je sentais qu'on me touchait du côté du fondement, mais je n'ai pas éprouvé, en ce point, la moindre douleur. »

On a nié l'existence de l'analgésie, mais toutes les négations, quelle que puisse être l'autorité de ceux qui les formulent, ne sauraient tenir devant de pareils faits. A vrai dire, il ne s'agit dans notre cas que d'analgésie obtenue pour pratiquer une opération, mais de cette analgésie à l'analgésie obstétricale, c'est-à-dire à la disparition des douleurs concomitantes des contractions utérines de l'accouchement, il n'y a qu'un pas.

L'analgésie, appliquée aux accouchements, a été l'objet de nombreux travaux et elle vient d'être récemment

encore affirmée dans une thèse intéressante publiée par un interne des hôpitaux, M. Drouet, élève de mon collègue le Dr Ribemont-Dessaignes. J'aurai, du reste, l'occasion de revenir sur ce sujet.

Je n'insisterai pas sur la description anatomique des hémorrhoïdes qui ne présente rien de particulier au point de vue qui nous occupe. Les hémorrhoïdes sont constituées par des dilatations variqueuses des veines de l'anus et de l'extrémité inférieure du rectum; ces veines, autrefois divisées en hémorrhoïdales supérieures, moyennes et inférieures, ont été plus justement classées par M. Duret en hémorrhoïdales internes et en hémorrhoïdales externes. Les veines hémorrhoïdales internes de Duret comprennent les anciennes veines hémorrhoïdales supérieures; les veines hémorrhoïdales externes de Duret correspondent aux veines appelées autrefois hémorrhoïdales moyennes et inférieures. Les premières vont se rendre dans la veine porte, les autres se jettent dans la veine hypogastrique; leurs anastomoses établissent de véritables canaux de sûreté et de dérivation entre les deux systèmes vasculaires de la veine cave inférieure et de la veine porte.

Selon que la dilatation atteint les veines supérieures ou les veines inférieures, les hémorrhoïdes sont dites internes ou externes. Les unes sont situées au-dessus du sphincter anal et ne peuvent être reconnues à la simple inspection; pour être diagnostiquées elles doivent donc être cherchées et je vous dirai tout à l'heure par quel procédé. Les autres occupent la marge de l'anus et font saillie au dehors, se présentant ainsi d'elles-mêmes à l'examen.

Les hémorrhoïdes s'observent pendant la grossesse, le travail et les suites de couches; elles offrent, à ces trois stades de la puerpéralité, un grand nombre de caractères cliniques communs; elles doivent cependant être étudiées isolément dans ces trois phases, tant à cause des particularités qu'elles comportent pour le diagnostic, qu'en raison des complications spéciales auxquelles elles sont exposées.

Pendant la grossesse, les hémorrhoïdes sont considérées comme fréquentes par un certain nombre d'auteurs, elles sont, au contraire, rares pour d'autres. Cette divergence d'opinion tire sa source du milieu dans lequel ont été recueillies les observations. A l'hôpital, sur un relevé de 300 femmes que j'avais examinées à ce point de vue à la Maternité et à la Clinique, j'en avais constaté 18 fois l'existence. Ainsi que l'ont remarqué Laroyenne et Cazin, ce chiffre est inférieur à celui qu'on peut recueillir quand on observe dans la pratique privée. La différence repose sur les conditions d'hygiène; les personnes de la classe aisée qui se condamnent à une inactivité relative pendant la grossesse, tout en usant d'une alimentation riche, se trouvent dans un état de prédisposition qui n'existe pas en général chez les femmes qui viennent accoucher à l'hôpital.

Les causes plus directes qui ont été invoquées sont les suivantes : d'abord l'augmentation de volume de l'utérus qui agit par compression des veines du rectum, c'est à ce mode de pathogénie que se rattachent, d'ailleurs, les hémorrhoïdes qu'on rencontre souvent dans les différents cas de tumeurs abdominales. A côté de cette action mécanique, l'utérus gravide en exerce une autre, d'ordre physiologique et sur laquelle insiste Robert Barnes : sous l'influence de la grossesse, il existe une tension vasculaire plus grande dans les organes du petit bassin; les veines ano-rectales à paroi lâche se laissent donc aisément dilater de par le fait de cette fluxion. Vient ensuite la constipation qui agit et par la distension de l'ampoule rectale et par l'irritation de la muqueuse. J'ajouterai, et il s'agit là d'une influence encore plus active, que la constipation donne parfois lieu au moment de la défécation à des efforts considérables qui retentissent sur le système des veines abdominales pour en accroître la tension.

Les symptômes dont s'accompagnent les hémorrhoïdes sont les mêmes pendant la grossesse qu'en dehors de l'état de gestation.

Le nombre et le volume des tumeurs varient suivant les cas, tantôt il n'existe qu'une seule hémorrhoïde dont les dimensions sont égales à celles d'une aveline ou à celles d'une noix, tantôt plusieurs se juxtaposent pour former un demi bourrelet autour de l'anus, tantôt enfin le collier est complet.

La femme éprouve une sensation de gêne, des battements et une tension douloureuse à l'anus, avec des irradiations vers le bas-ventre ou vers la partie supérieure des cuisses. La marche et la station debout sont pénibles; pour s'asseoir, la malade s'efforce d'éviter toute compression et ne prend appui que sur un côté de son siège.

Les complications sont celles que l'on observe hors de la grossesse; des coagulations intra-vasculaires se produisent parfois et il en résulte une inflammation locale. Les hémorrhagies doivent fixer davantage notre attention. Que les hémorrhoïdes soient internes ou externes, elles peuvent saigner à l'occasion d'un effort; dans certains cas, et il s'agit ici spécialement de celles qui font saillie à l'anus, c'est le traumatisme causé par le frottement d'un papier rugueux qui détermine une hémorrhagie grave. Nous en avons vu un exemple l'an passé à la consultation de la Charité. Cazin en a publié un cas où la femme fut surprise par un violent écoulement de sang pendant la défécation; il n'en put triompher « qu'en éteignant sur le point malade quatre ou cinq aiguilles à tricoter rougies à blanc. » Paul Dubois, dans ses leçons, rapportait l'observation d'une malade qui succomba à une perte de sang en allant à la garde-robe. C'est d'ailleurs, à ma connaissance, le seul cas de mort qui ait été signalé.

Je n'insisterai pas sur le diagnostic des tumeurs hémorrhoïdales pendant la grossesse; vous ne les confondrez pas avec les végétations souvent volumineuses qui demeurent rarement localisées au voisinage de l'anus : leur coloration d'un rose vif, leur surface granuleuse et leur base pédiculée contrastent avec la teinte violacée, l'aspect lisse et la disposition sessile des hémorrhoïdes.

Mais il est indispensable que vous sachiez reconnaître pendant la grossesse une hémorrhagie due à la présence des hémorrhoïdes : de graves erreurs de diagnostic et de pronostic sont aisées à commettre, spécialement dans le cas d'hémorrhoïdes internes. Vous avez pu voir, il y a un instant, une femme couchée au nº 36 et dont je vous parlerai plus longuement tout à l'heure; ayant perdu du sang à diverses reprises, elle se crut menacée d'accouchement prématuré et elle ne se rendit compte de la source de l'hémorrhagie qu'en constatant sa relation exclusive avec les efforts de la défécation.

Pendant l'accouchement, vous pouvez vous trouver en présence d'hémorrhoïdes préexistantes, mais il arrive

souvent que celles-ci prennent naissance sous l'influence combinée de violents efforts d'expulsion et de la compression du plancher périnéal par la partie fœtale. Au moment où la tête arrive à la vulve, le périnée se distend et s'allonge, l'anus est béant et des tumeurs variqueuses peuvent venir en ourler le contour. Bien qu'elles semblent tendues au point d'éclater, il est très rare de les voir saigner à ce moment, mais elles sont exposées à se trouver lésées par la propagation d'une déchirure du périnée. Je me souviens de m'être trouvé une fois, en 1878, aux prises avec une telle menace ; il s'agissait d'une primipare atteinte de volumineuses hémorrhoïdes ; le fœtus très gros se présentait par le sommet en position occipito-postérieure, que ni la nature ni une application de forceps ne parvinrent à réduire en position antérieure. Il me fallut dégager la tête occiput en arrière, à l'aide du forceps Tarnier. Au moment où celle-ci distendait la vulve, je vis le périnée se fendiller sur une certaine étendue ; il y avait non seulement à redouter une déchirure du périnée, mais aussi une déchirure des veines hémorrhoïdales. Pour éviter toute lésion du bourrelet variqueux, j'eus recours à l'incision médio-latérale conseillée par M. Tarnier.

Ces hémorrhoïdes du dernier moment du travail disparaissent d'ordinaire en quelques heures ou en quelques jours, mais elles peuvent persister comme cela a été le cas pour notre femme du n° 29.

L'affection peut, dans certains cas, n'apparaître qu'après l'accouchement, quelquefois après un laps de temps de trois à huit jours ; c'est la constipation qui semble alors provoquer leur développement.

Sans revenir encore une fois sur la symptomatologie dont le tableau est le même que celui esquissé ci-dessus, laissez-moi vous signaler l'importance d'une complication qui est surtout fréquente pour les hémorrhoïdes externes des suites de couches : l'étranglement. Cet état est dû au défaut de réduction spontanée des tumeurs qui s'accroissent de plus en plus, sont très congestionnées et très tendues. L'étranglement s'accompagne souvent de douleurs telles qu'il peut en résulter une altération profonde de l'état général de la femme. Ce qu'il importe de surveiller avant tout, pour se guider dans les indications du traitement, c'est l'état de la surface interne des hémorrhoïdes. Après un nettoyage fait avec soin, vous les écarterez doucement comme pour les étaler, et alors vous pourrez constater sur la muqueuse l'existence de petites plaques noirâtres qui ne sont autre chose qu'un début de sphacèle.

Si pendant la grossesse, le travail et les suites de couches, ce sont les hémorrhoïdes externes et leurs complications que vous rencontrez ou du moins que vous reconnaissez le plus souvent, il n'en est pas moins vrai que les hémorrhoïdes internes, bien que petites et protégées contre les influences du dehors, sont aussi susceptibles de déterminer des accidents. En outre des hémorrhagies qui peuvent prendre naissance au cours de la grossesse et en imposer à un examen superficiel pour un décollement de l'œuf dans l'utérus, comme cela était le cas pour la femme du n° 26, il peut survenir avant, pendant et après l'accouchement des coagulations et des inflammations consécutives qui s'accompagnent de douleurs violentes. N'était la localisation précise de la souffrance au voisinage de l'anus, n'était aussi l'indolence des organes génitaux internes et l'absence de toute manifestation inflammatoire au niveau ou à côté de l'utérus, on pourrait songer à l'invasion d'accidents puerpéraux, tant l'affaissement de l'état général peut être marqué de par le seul fait de la douleur.

Une affection avec laquelle la confusion serait plus justifiée est la fissure à l'anus, d'autant que celle-ci marche volontiers de pair avec la maladie hémorrhoïdaire. Mais l'examen minutieux des plis radiés de l'anus vous fera constater l'absence de toute érosion linéaire pouvant expliquer la douleur et votre diagnostic cessera d'être douteux quand vous aurez vu l'hémorrhoïde profonde, cause de tout mal. Pour cela, vous aurez recours à un procédé décrit par quelques auteurs et en particulier par M. le professeur Tarnier, sous le nom de retournement de la muqueuse rectale. En 1882, je voyais en ville une jeune femme qui, sept ou huit jours après son accouchement, se plaignait de douleurs très vives dans le petit bassin. Aucune cause n'était apparente et il n'existait qu'une seule déchirure de l'orifice hyménal en arrière et un peu latéralement. Je cherchai, en invitant la femme à faire effort comme pour aller à la garde robe, s'il n'y avait pas quelque fissure ; je ne trouvai rien. Cependant la douleur avait bien son maximum près de l'anus, j'eus alors recours au procédé du retournement. Pour cela, j'introduisis l'index dans le vagin (l'ongle doit être très court) le long de la paroi postérieure ; après avoir dépassé le niveau supérieur du sphincter anal, j'exerçai une pression continue de haut en bas avec le doigt recourbé en crochet. J'opérai ainsi une introversion progressive de la muqueuse qui vint faire peu à peu saillie à travers l'orifice anal. Je pus de la sorte voir sur la face antérieure du rectum une petite tumeur arrondie, noire, indurée par la coagulation du sang, offrant à sa partie culminante une tache de sphacèle et aux alentours une rougeur inflammatoire très vive.

C'est cette même manœuvre que je viens de répéter devant vous, il y a un instant, sur la femme du n° 26. Cette malade accouchée le 4 novembre, après avoir craint, en interprétant mal la signification de ses pertes de sang, de voir sa grossesse s'interrompre, était en parfait état de santé et de bien-être quand le troisième jour des suites de couches elle a souffert vivement au niveau de la région anale. Connaissant par les antécédents l'existence d'hémorrhoïdes internes, la pression avec l'extrémité du doigt étant très pénible et aucune fissure n'existant, j'eus recours au retournement. Vous avez pu constater avec moi la présence, sous la muqueuse, d'un noyau variqueux, induré, noirâtre, enflammé à son pourtour, dont le contact était particulièrement douloureux.

La petite manœuvre s'est exécutée sans difficulté, et il n'a pas été nécessaire de recourir à l'analgésie chloroformique. J'ai prescrit pour aujourd'hui une injection de morphine ; si dans la soirée la malade souffre encore, on appliquera un suppositoire à la cocaïne.

Ce que je vous ai dit des diverses complications, suffit à vous donner la notion exacte du pronostic des hémorrhoïdes. Il est en général bénin, et malgré les douleurs si vives observées parfois, la marche irrégulière de la grossesse, du travail et des suites de couches ne sont pour ainsi dire pas influencées.

Pour ce qui est du traitement, vous trouverez préconisées dans les auteurs un grand nombre de méthodes thérapeutiques que je me garderai bien de vous exposer ici par le détail. Avant de songer à soigner les hémorrhoïdes, il importe d'empêcher leur apparition. Vous devrez, pour cela, lutter surtout contre la constipation pendant la grossesse, tant en surveillant le régime ali-

mentaire qu'en ayant recours aux laxatifs. C'est un vieux préjugé populaire qu'on ne doit pas purger les femmes enceintes; ne craignez point de passer outre. Prescrivez aux femmes l'exercice modéré, les bains, les lavements et, si la constipation persiste, administrez par la bouche des évacuants. La matière médicale est riche, vous le savez, en substances employées dans ce but: mais parmi les plus usitées, il en est dont la valeur a été contestée. Tandis, par exemple, que nombre d'auteurs, Tanner notamment, déclarent n'avoir eu qu'à se louer de l'usage de l'huile de ricin,d'autres, avec Fordyce Barker, l'accusent d'amener de l'irritation du rectum et de contribuer ainsi à accroître la congestion des organes pelviens. Ce dernier auteur administre l'aloès, substance éminemment drastique et que, à ce titre, la plupart des médecins s'accordent à déconseiller. Si des opinions aussi extrêmes ont pu se produire, n'est-ce pas parce que, ce qui est surtout efficace, c'est de faire disparaître la constipation par n'importe quel moyen? Pour ma part, je me suis toujours bien trouvé de l'usage du sulfate de soude que je fais prendre à la dose de 10 ou 20 grammes dissous dans l'eau et dont je réitère l'emploi de temps en temps.

Pendant la grossesse, quand les hémorrhoïdes sont apparues, c'est encore la constipation que vous devrez combattre avec le même soin, pour prévenir les complications. S'il survient des douleurs vives, vous recommanderez le repos dans la situation horizontale. Pour diminuer l'état congestif, on a conseillé les émissions sanguines locales à l'aide de sangsues et de scarifications. Smellie eut recours à l'application de sangsues chez une femme enceinte de quatre mois et put pratiquer ensuite la réduction des hémorrhoïdes. Mc Clintock en a également obtenu d'heureux résultats et n'a jamais éprouvé de difficultés à arrêter l'écoulement de sang consécutif à cette application. P. Dubois et Désormeaux ont au contraire déclaré « n'avoir jamais vu l'application des sangsues sur les tumeurs elles-mêmes ou l'incision des tumeurs procurer un soulagement durable. » On a généralement abandonné ce procédé qui offre l'inconvénient, au moins pendant et après l'accouchement, d'ouvrir des portes d'entrée à l'infection. L'eau chaude, employée en lotions à 50° et au-delà, constitue un agent efficace contre la congestion et les douleurs.

Enfin, vous recommanderez aux femmes de substituer, après la défécation, l'usage de lotions de propreté aux frottements avec du papier: vous préviendrez de la sorte les hémorrhagies.

Pendant le travail, vous vous efforcerez d'empêcher la production d'une déchirure du périnée qui pourrait s'étendre jusqu'au travers du bourrelet hémorrhoïdal. Vous éviterez cet accident en guidant la tête dans son mouvement de déflexion, en surveillant attentivement le périnée et en vous tenant prêt, en cas de distension excessive de l'orifice vulvaire, à recourir au procédé d'épisiotomie médio-latérale du professeur Tarnier.

Dans les suites de couches, tant qu'il n'existe que de la congestion, vous aurez recours aux émollients, tels que cataplasmes de fécule rendus aseptiques par addition d'acide borique; si la douleur est vive, vous la combattrez en employant soit la cocaïne, soit l'iodoforme, soit la morphine.

Dans l'immense majorité des cas, les hémorrhoïdes se réduiront d'elles-mêmes et se flétriront peu à peu. S'il n'en est pas ainsi, si au contraire les accidents persistent et s'aggravent, doit-on tenter la réduction du bourrelet hémorrhoïdal? On a reproché à cette opération d'être douloureuse et inutile, car le bourrelet se reproduit le plus souvent. En 1886, cette réduction fut faite dans mon service de la Charité et les hémorrhoïdes ne reparurent pas. Ici, en présence de la plaque de sphacèle qui se produisait et qui m'a semblé constituer une indication formelle, j'ai cru utile de recourir à la même opération. Le résultat a été excellent.

On procède de la façon suivante; quelques inhalations de chloroforme mettent la femme en état d'analgésie et facilitent le taxis. La réduction obtenue, on la maintient à l'aide d'un tampon saupoudré d'iodoforme et on conseille à la malade de rester pendant un certain nombre d'heures sans aller à la garde-robe.

Si vous êtes obligé d'en arriver à l'emploi de ce moyen, puissiez-vous avoir un succès analogue à ceux obtenus à la Charité et ici même, sous vos yeux.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Sarcome de la cuisse.

Leçon de M. le Professeur **U. TRÉLAT.**

Recueillie et rédigée par le Dr Ch. H. PETIT-VENDOL, chef de clinique, et revue par le Professeur (*fin*) (1).

Messieurs,

Maintenant, après cette localisation, il nous reste à déterminer quelle est la nature de la tumeur. Sa consistance, sa régularité, sa limitation précise dans toutes ses parties accessibles à l'exploration, et enfin sa remarquable mobilité, s'accordent assez bien avec l'idée d'un fibrome. Mais le malade n'a que 22 ans d'âge, et la tumeur a acquis en une année seulement l'énorme développement qu'elle présente aujourd'hui; d'une part donc, le sujet est trop jeune encore, et d'autre part, considération bien plus décisive, la marche du mal est trop rapide, pour que nous puissions admettre qu'il ne s'agisse ici que d'un fibrome.

Ces mêmes particularités que je viens de vous signaler comme susceptibles de faire penser à un fibrome, correspondent également à l'hypothèse d'un lipome, ou plutôt d'un fibro-lipome, en raison de la dureté relative de la tumeur. Bien que nous ne possédions ici, en aucune façon, ni la lobulation caractéristique du lipome, ni sa crépitation spéciale, cette hypothèse ne serait pas absolument inadmissible, si nous nous en tenions aux seuls caractères physiques pour établir le diagnostic; mais l'argument tiré du rapide accroissement de la production morbide s'élève contre l'idée de lipome aussi puissamment que contre l'idée de fibrome, et nous rejette du champ des tumeurs bénignes dans le domaine des tumeurs malignes.

Parmi celles-ci, nous pouvons résolument éliminer le carcinome. Si nous avions affaire à un carcinome, nous ne trouverions pas une tumeur aussi régulière comme forme, aussi égale comme consistance dans toutes ses parties, aussi franchement distincte des organes voisins sur tous les points accessibles de sa surface; les ganglions ne seraient pas restés complètement indemnes; enfin, à défaut de signes de cachexie bien caractérisée, le malade présenterait certainement déjà une détérioration plus ou moins accentuée de son état général.

En raison de l'âge du sujet, il y a lieu de songer à la possibilité d'un myxome; j'en ai opéré plusieurs chez

(1) Leçon faite le 12 février 1884, à l'hôpital Necker. — Voir *Progrès médical*, n° 8, 1888.

des jeunes gens de 14 à 17 ans. Mais la tumeur est bien dure pour qu'on puisse la considérer comme constituée par du tissu myxomateux, et il faudrait admettre, pour expliquer sa consistance, un myxome dans l'intérieur duquel existerait une forte trame de tissu fibreux, autrement dit un fibro-myxome ; à la rigueur, c'est possible, mais c'est bien peu probable.

Il nous reste à examiner l'hypothèse d'un sarcome, ou, pour mieux dire, d'un fibro-sarcome, de ce que l'on appelait autrefois une tumeur fibro-plastique, et de ce qu'on a plus récemment désigné du nom de sarcome fuso-cellulaire. De toutes les hypothèses que nous avions à passer en revue, c'est assurément celle qui me semble la plus satisfaisante. Elle cadre très bien avec la consistance de la tumeur, avec ses contours nettement distincts des parties avoisinantes, et surtout avec son évolution rapide ; elle cadre de même avec l'âge du malade, car le sarcome fuso-cellulaire est une tumeur de la jeunesse. C'est donc au diagnostic de fibro-sarcome que je m'arrêterai, comme à celui qui réunit en sa faveur le plus de probabilités.

En face de cette tumeur qui, en un an, est arrivée du volume d'un petit œuf à celui d'une tête d'enfant, et qui, par sa nature même, expose le malade à tous les dangers d'une propagation de voisinage et d'une généralisation, la nécessité d'une intervention opératoire s'impose, impérieuse et pressante. L'état général du malade est excellent ; aucun de ses organes et appareils ne présente le moindre trouble qui vienne contre-indiquer cette action chirurgicale. Il faut donc enlever cette tumeur, et l'enlever complètement, dussions-nous pour cela nous résoudre à sacrifier le membre qui la porte. Obtiendrons-nous une guérison définitive ? N'aurons-nous pas à constater, à plus ou moins brève échéance, une récidive sur place ou une généralisation ? Il est impossible de rien affirmer à cet égard ; mais, à ce double point de vue, il est extrêmement regrettable que le malade ait attendu aussi longtemps avant de demander secours à la chirurgie, car, comme je vous l'ai dit et répété maintes fois, en matière de tumeurs malignes, les deux conditions primordiales du succès et de la cure radicale sont un diagnostic précoce et une extirpation hâtive.

Nous allons donc extirper cette volumineuse tumeur. Je ne suis pas sans quelques préoccupations assez sérieuses relativement aux difficultés que pourra présenter cette opération, en raison de l'origine présumée du néoplasme dans les tissus fibreux profonds de la région postéro-interne de la cuisse, et de ses rapports avec le canal de Hunter. Je crains qu'il n'existe de ce côté des adhérences, que le voisinage immédiat des gros vaisseaux fémoraux rendrait fort dangereuses, et dont la destruction nous exposerait à intéresser plus ou moins grièvement ces vaisseaux. Aussi, ai-je cru devoir prévenir le malade que je tenterais l'ablation de sa tumeur, que j'espérais la réaliser sans encombre, mais qu'il pourrait se faire cependant qu'au cours de cette opération, je me trouvasse aux prises avec des difficultés ou des complications telles, que le sacrifice du membre devint nécessaire, inévitable, et qu'en conséquence, j'avais besoin qu'il m'autorisât à recourir, le cas échéant, à la suprême ressource de l'amputation. Le pauvre garçon s'est incliné devant cette triste éventualité et m'a donné son consentement, dont je n'userai, il est superflu de le dire, que si j'y ai la main absolument forcée. Je mettrai la tumeur à nu par une longue incision dirigée suivant son grand axe, puis je la dégagerai de chaque côté successivement, en redoublant de précautions au fur et à mesure que j'approcherai davantage de la région dangereuse. Si l'extirpation ne peut être menée à bien sans compromettre les vaisseaux fémoraux, je l'abandonnerai pour faire rapidement l'amputation de la cuisse, que j'exécuterai par le procédé à deux lambeaux latéraux, afin d'utiliser l'incision postérieure primitive.

***

L'opération a été pratiquée, à l'issue de cette leçon, conformément au plan indiqué ci-dessus. Une incision longitudinale divisa les téguments et l'aponévrose, d'un pôle à l'autre de la tumeur, au niveau de sa partie moyenne ; les veines variqueuses signalées à ce niveau donnèrent lieu à un écoulement sanguin assez abondant, qui fut aussitôt maîtrisé par l'application de pinces hémostatiques. La tumeur nous apparut alors avec une coloration gris rosé et une surface lisse, indépendante et assez facile à isoler des parties ambiantes ; comme je l'avais diagnostiqué, elle était donc bien enkystée. En poursuivant son énucléation à petits coups, tantôt avec les doigts, tantôt avec une spatule mousse dont je me sers volontiers en pareil cas, je ne tardai pas à me convaincre qu'elle était développée dans la gaine du demi-membraneux. Quelques nouveaux vaisseaux furent ouverts et saisis avec des pinces pendant ce travail d'isolement, qui devenait d'autant moins facile que j'avançais plus dans la profondeur; mais cette difficulté, fort heureuseusement, ne tenait pas à la présence d'adhérences : elle était due tout simplement à la gêne que j'éprouvais, en dépit des manœuvres adjuvantes de mes assistants, à contourner cette masse énorme sans cesser de voir ce que je faisais. Pendant ces manœuvres, qui l'ont tiraillée et comprimée, la tumeur se déchira à son centre et laissa échapper une matière pulpeuse gris rougeâtre; à l'œil nu, c'est du sarcome globo-cellulaire, appréciation partiellement exacte, ainsi qu'on le verra plus loin. Au bout de quelques minutes, ses deux extrémités sont dégagées de la plaie, et elle ne tient plus au membre que par le milieu de sa face profonde. Je continue la décortication de ce côté, en redoublant d'attention et de prudence, car je suis arrivé à la région qui confine aux vaisseaux fémoraux, et là, peut-être, existent de dangereuses adhérences. A ma grande satisfaction, cette crainte ne se confirme pas ; la tumeur continue à se laisser bien détacher, et bientôt elle tombe dans nos mains, sans que ces vaisseaux aient même été dénudés, et sans qu'il se produise d'écoulement sanguin trop abondant. Le nerf sciatique n'a pas été un seul instant en vue. L'hémostase est rapidement complétée par l'apposition de quelques nouvelles pinces et par une courte compression avec des éponges; une dizaine de vaisseaux sont liés au catgut ; le tout est précédé et suivi d'un large lavage à l'eau phéniquée forte. Deux points de suture profonde rapprochent les deux versants de la vaste plaie, qui s'est déjà spontanément rétractée d'une façon notable ; une quinzaine de points de suture superficielle affrontent ses lèvres cutanées, après installation de trois gros drains debout qui, plongeant jusqu'au fond du foyer, viennent sortir, l'un au milieu de la plaie, et les deux autres dans ses angles.

L'opération a été un peu délicate, un peu longue, surtout dans ses derniers temps, par suite de la défiance où j'étais des connexions profondes de la tumeur; mais, somme toute, elle s'est terminée de la façon la plus régulière. Nous étions donc en droit d'espérer que ses suites seraient bonnes, d'autant mieux que nous n'avions

*

négligé aucune des précautions ultérieures propres à prévenir les complications post-opératoires. Il n'en fut rien malheureusement. Malgré tous nos soins, malgré tout ce que nous avions fait pour nous mettre à l'abri de cet accident, la plaie avait été infectée. Quand, et par qui ou par quoi ? Est-ce au cours de l'opération ou pendant le pansement ? Est-ce par une main insuffisamment nettoyée, par un instrument malpropre, en particulier, par une pince à forcipressure qui aurait gardé quelque souillure dans les creux de ses mors ? Est-ce par un fil à ligatures ou par une pièce de pansement non aseptique ? C'est ce que je ne saurais dire. Quoi qu'il en soit, il y avait eu infection, et cette infection ne tarda pas à s'accuser par des phénomènes indiscutables. Le premier pansement fut fait, comme d'ordinaire, le lendemain de l'opération ; il y avait eu un suintement sanguinolant assez abondant ; mais l'état général était satisfaisant, et il n'y avait pas de réaction fébrile inquiétante. Le lendemain, le pansement fut trouvé encore notablement humecté de sérosité sanguinolente, et l'on constata, en la renouvelant, un léger degré de tension des tissus, qui rendait d'ores et déjà douteux le succès de la réunion primitive, d'autant plus qu'il s'accompagnait de fièvre et de malaise général. Les sutures furent néanmoins laissées en place, après lavage de la région et nettoyage des drains. (1). Le 3ᵉ jour, l'état général avait encore empiré, et l'état local était à l'avenant : fièvre intense, anorexie, soif vive ; bords de la plaie un peu tuméfiés, tendus, renversés en dehors dans les intervalles des points de suture ; suintement toujours assez abondant ; tuméfaction et douleur au pourtour de la plaie, etc. Dans ces conditions, il n'y avait plus de doutes à garder sur l'insuccès de la réunion, et sur l'inconvénient qu'il y aurait à laisser davantage les sutures en place. Elles furent donc enlevées toutes, et l'écartement immédiat des deux versants de la plaie, leur coloration gris noirâtre, leur aspect gangréneux, montrèrent qu'il était grand temps de prendre ce parti. Cet aspect gangréneux devient plus prononcé encore les jours suivants, malgré les lavages et les pansements humides phéniqués, qui ont été substitués au pansement de Lister après l'ablation des sutures, et qui ont été renouvelés matin et soir. Le 18, 6ᵉ jour après l'opération, la rougeur s'est notablement accentuée et s'est étendue jusqu'à la fesse, en prenant tous les caractères d'un érysipèle. La température est toujours élevée, le pouls fréquent. Le 22, l'érisypèle passe à la cuisse gauche. Il continue à progresser pendant quelques jours encore ; la température oscille entre 39° et 40° ; le facies présente une coloration jaunâtre ; l'état général est grave. Enfin, l'amélioration survient, l'érysipèle s'efface dans les premiers jours de Mars, et la plaie prend peu à peu meilleure apparence et meilleure allure. La cicatrisation commence, mais elle marche lentement ; à dater du 20 mars, on a cessé les pansements humides pour les remplacer par des pansements rares à l'iodoforme. Le 6 Juin, la guérison est complète, et le malade quitte l'hôpital pour retourner dans son pays.

*
* *

La masse enlevée pesait 1310 grammes. Son analyse histologique, faite par M. Latteux, et consignée dans nos feuilles autographiées, a donné les résultats suivants : Le tissu de la tumeur n'offre pas un aspect uniforme dans tous les points : il est pulpeux, encéphaloïde, dans une assez grande partie de son étendue, notamment à la surface ; c'est au niveau de cette région molle que s'est produite la déchirure signalée au cours de l'opération ; le centre, au contraire, présente un aspect fibreux. Les préparations obtenues avec des fragments de la portion encéphaloïde montrent un amas de petites cellules rondes, que traversent de nombreux vaisseaux à parois embryonnaires ; c'est donc là, de la manière la plus évidente, du sarcome globo-cellulaire. Sur les coupes de la portion fibreuse centrale, on voit des éléments fusiformes, formant des faisceaux plus ou moins épais qui s'entrecroisent en divers sens les uns avec les autres ; en ces points la tumeur présente donc les caractères du sarcome fasciculé. Dans quelques ilots, d'ailleurs assez rares, de ce tissu de consistance fibreuse, on constate une certaine tendance à l'ossification ; enfin, quelques autres points ont un aspect myxomateux, dû à la présence de fibrine déposée dans les intervalles des faisceaux d'éléments fusiformes. En résumé, il s'agit là d'un sarcome en partie globo-cellulaire, en partie fasciculé, avec tendance à l'ossification par places. A part une légère incertitude portant sur la variété histologique de la tumeur, qui était incontestablement un sarcome de par l'ensemble de ses caractères cliniques, le diagnostic de nature, de siège et d'origine avait donc été établi avec toute la rigueur possible.

*
* *

Le malade n'a pas bénéficié longtemps de la grave opération qu'il a dû subir, et dont les suites ont mis son existence en danger pendant quelques jours. J'ai eu de ses nouvelles depuis et j'ai appris qu'il avait succombé, avant même une année révolue, à une récidive locale avec généralisation, — triste confirmation des craintes que j'avais émises et des réserves que j'avais faites en vous parlant du pronostic.

(1) Aujourd'hui, je n'attendrais plus ni un, ni deux jours ; dès la moindre élévation de température, j'enlèverais les sutures et désunirais la plaie.

Ablation du larynx. — Le Dr Perassi écrit au journal *Caffé*, de Milan. Dans les environs d'Indra vit, depuis treize ans, un Italien qui a subi l'ablation du larynx. C'est un nommé Carlo Resmini, facteur de la poste de Trolaso. Il a subi cette opération le 6 février 1875. Ce fut la première ablation du larynx exécutée en Italie, et la quatrième en Europe. Malgré le dur métier qu'il fait, Carlo Resmini se porte bien et n'a pas de toux (*Le Temps*, 26 fév.).

Pièces anatomiques anciennes. — M. Edmond Le Blant, directeur de l'École française de Rome, signalait, il y a deux ans, la découverte, faite à Némi par l'ambassadeur d'Angleterre, lord Lumley, de figurines des plus étranges. C'étaient des torses, sans tête et sans membres, dont la poitrine entr'ouverte laissait voir à nu les viscères, le cœur, les poumons, le foie, représentés de la façon la plus rudimentaire, et placés comme au hasard. S'agirait-il là d'ex-voto, et leur réunion indique-t-elle l'emplacement d'un temple, ou celui d'un magasin ? Aucune explication définitive n'a pu encore être fournie, en ce qui touche ces objets, qui semblent jusqu'à présent ne s'être rencontrés qu'en Italie ? A la date du 2 février, M. Le Blant annonce qu'un nouveau dépôt de figurines semblables vient d'être trouvé à Rome, auprès du pont Fabricius, c'est-à-dire dans le voisinage du temple d'Esculape, situé dans l'île du Tibre, et où, d'après les inscriptions, le dieu opérait tant de guérisons miraculeuses. Coloriées, comme l'étaient celles de Némi, ces images sont de dimensions plus grandes et d'une meilleure exécution. On les a, suivant l'habitude, portées au dépôt provisoire établi dans les Thermes de Dioclétien. (*Gaz. des Hôp.*).

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — Dans sa dernière séance, la Société obstétricale et gynécologique de Paris a décrété la vacance de deux places de membres titulaires. Le secrétaire général rappelle aux médecins ou chirurgiens désireux de faire acte de candidature qu'ils sont obligés par les statuts à envoyer un travail à l'appui de cette candidature.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la contusion du pavillon de l'oreille.

Dans les numéros précédents nous avons rapporté l'histoire clinique de la contusion de l'oreille. Voyons maintenant le traitement à employer.

On a recours à la médication employée dans les contusions des autres parties du corps.

La contusion légère se guérit d'elle-même. Celle qui est plus forte est traitée par des compresses imbibées d'eau froide ou d'eau astringente, comme de l'eau de Goulard, etc., et maintenues d'une manière continue jusqu'à ce que l'hypérémie ait suffisamment diminué.

S'il y a par hasard des douleurs vives, il faut insister sur les applications froides. L'épanchement sanguin faible est traité comme la contusion.

Le traitement d'une collection sanguine de quelque importance est préventif ou exige des moyens plus ou moins énergiques. Le premier consiste à connaître l'affection dont le malade est atteint ou la profession qu'il exerce et à lui donner ou lui indiquer les meilleures conditions hygiéniques capables de retarder ou d'empêcher la formation d'une pareille tumeur. Le second comprend toutes les méthodes instituées pour le traitement des kystes sanguins, c'est-à-dire l'expectation complète (Bird) ou précédée de compresses réfrigérentes temporaires (Blake), la compression, les émissions sanguines locales, le massage (Meyer), le broiement (Champion), la dilacération (Bérard), les injections d'ergot de seigle (Howe), les injections irritantes (Ferrus, Soekeel), l'incision simple (Jarjavay) ou totale du sac avec un pansement consécutif (Wilde, Chimani), ou suivie d'une cautérisation (Ferrus, Cossy, Merland), le séton (Thumans, Ball), le drainage (Chassaignac).

L'expectation a été mise en pratique plusieurs fois. Ainsi, Bird y a eu recours chez 6 malades; chez 4 d'entre eux la peau du pavillon se fendilla pendant la quatrième semaine. Il s'écoula de cette fissure de la sérosité jaunâtre mélangée à des grumeaux de sang noir et la guérison eut lieu progressivement, mais la peau du pavillon resta épaisse avec peu de déformation. Chez les deux autres malades, le tissu cicatriciel se rétracta si fort qu'il produisit une véritable déformation par suite de la disparition des saillies et des dépressions normales du pavillon.

L'expectation s'imposerait d'elle-même si le malade était un aliéné peu docile, puisqu'il est alors bien difficile de maintenir à demeure des pièces de pansement et que la déformation consécutive est peu importante comparativement à l'affection dont il est atteint.

L'expectation ne doit jamais être conseillée toutes les fois que la collection sanguine est assez abondante, parce que celle-ci détermine une inflammation vive des parois du foyer et par suite une rétraction considérable des tissus et en particulier de ceux de la paroi externe.

La méthode réfrigérente (compresses d'eau froide, vessie renfermant de la glace, appareil de Leiter, etc.) a été employée dans le traitement de l'othématome. On a soin de prolonger l'application jusqu'à ce que la période aiguë ou d'hémorrhagie soit passée, afin de ne pas courir le risque de congestionner encore davantage le pavillon et de prédisposer encore plus à l'épanchement sanguin. — On a eu recours à une émission sanguine locale au moyen de sangsues placées à une certaine distance des points contus ou des bosses sanguines, puis à des onctions d'onguent belladoné et à des applications de cataplasme.

Ce que nous avons dit pour l'expectation simple, nous pouvons le répéter pour la méthode réfrigérente et les applications sanguines.

La compression pure et simple avec une pièce de monnaie, une plaque de gutta percha, de caoutchouc durci ou combinée avec des fomentations résolutive n'a pas donné les bons résultats qu'on en attendait à cause de l'inflammation vive produite par le foyer sanguin.

Les frictions, le massage, le broiement du caillot au moyen d'une pression énergique avec le doigt, sa dilacération avec des aiguilles doivent être pratiquées, deux à quatre semaines après la formation de l'épanchement. Ces modes de traitement offrent l'inconvénient de déterminer une inflammation assez vive du foyer, de produire la rupture des vaisseaux ou des tissus altérés, et par suite l'augmentation du foyer sanguin ou la formation d'un nouvel épanchement.

La ponction avec ou sans injection irritante a été employée au début de l'affection pour arrêter l'hémorrhagie. Il est vrai que ce traumatisme détermine dans certains cas une inflammation adhésive des parois du sac; mais dans d'autres cas, on n'obtient aucun résultat puisque la tumeur augmente progressivement de volume jusqu'à son entier développement, comme si on n'avait essayé aucune médication

On a obtenu en l'espace d'un mois ou plus la guérison des kystes sanguins au moyen d'une ou deux injections d'éther iodoformé, sans pansement consécutif. Pour cela on enfonce une aiguille de Pravaz dans le foyer, puis une autre aiguille de Pravaz ou le n° 3 de l'appareil du professeur Dieulafoy dans un point opposé. Après avoir vidé le kyste, on retire la seconde aiguille et l'on ferme la petite plaie cutanée avec du collodion iodoformé. Puis on injecte avec l'aiguille de Pravaz restée dans la plaie un gr. d'éther iodoformé. Il n'y a plus qu'à retirer l'aiguille et à fermer la plaie comme la précédente.

Les ponctions successives et rapprochées ont donné d'excellents résultats dans un laps de temps assez court. Ainsi Woillemier a obtenu la guérison de ces kystes en un mois. D'autres fois elles ont provoqué une inflammation suppurative assez forte, probablement due au manque de soins antiseptiques. Miot les a employées chez le jeune enfant dont nous avons parlé précédemment, et il a obtenu la cicatrisation de la poche avec une rétraction faible des tissus, de telle sorte que la déformation du pavillon, sauf certaines parties postéro supérieures de l'anthélix et de l'hélix, fut considérable.

Chez un de nos confrères, Baratoux a vu l'incision simple d'un othématome gros comme une petite noisette suivie d'un pansement par occlusion avec compression légère produire une guérison sans déformation.

On a vu dans certains cas d'incision simple la tumeur se reformer complètement.

L'incision du sac a donné des résultats qui ont varié

suivant l'étendue qu'on lui a donnée. Les uns, comme Wilde, se sont contentés de pratiquer une ouverture assez large, de chasser au dehors une certaine quantité du contenu du sac et de bourrer celui-ci avec de la charpie. Les autres, à l'exemple de Chimani, ont conseillé de mettre du coton carbolique ou salicylique dans l'ouverture et d'exercer au bout de quelques jours une compression, avec un bandage. Enfin un certain nombre de praticiens comme Ferrus, Cossy, Merland, Sockeel ont cru obtenir un meilleur résultat par l'incision du sac dans toute sa longueur et l'évacuation aussi complète que possible de son contenu, puis par un lavage à la teinture d'iode pure ou mélangée à trois parties d'eau, enfin par un pansement par occlusion, exerçant une légère pression sur le pavillon, au niveau des parties atteintes.

Le séton, recommandé par Thumans qui en traverse la tumeur suivant sa plus grande largeur, a déterminé parfois des accidents graves; tels qu'une inflammation diffuse ou un abcès et a produit la guérison avec une déformation plus ou moins prononcée.

On peut adresser les mêmes reproches au tube à drainage.

Quel que soit le traitement adopté on doit toujours, à l'exemple de Mabille, surveiller la portion cartilagineuse du conduit pour savoir si elle ne s'oblitère pas, et y placer au besoin un corps étranger capable d'empêcher une pareille déformation si nuisible au sens de l'ouïe.

Nous résumons ce qui précède en disant que le traitement doit varier suivant les cas. Quand l'épanchement est peu prononcé, on obtient d'excellents résultats au moyen d'applications d'eau froide dès le début, suivies d'applications résolutives (eau de Goulard avec ou sans laudanum). On a soin de placer des compresses sur les deux faces du pavillon et d'exercer une pression de plus en plus forte à mesure que la résorption de l'épanchement a lieu.

Dans le cas où l'othématome a un certain volume, nous donnons la préférence à l'incision du sac dans toute sa longueur, suivie de l'expulsion des caillots, d'un lavage suffisant avec un liquide antiseptique et d'un pansement par occlusion exerçant une légère pression sur les parois de la poche. Miot et Baratoux.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 février 1888.—Présidence de M. Janssen.

M. Domingo Freire, en réponse à la communication récente de M. P. Gibier, maintient ses assertions sur l'existence *du microbe de la fièvre jaune*.

M. Georges Pouchet étudie *le régime de la sardine* sur la côte océanique de France en 1887. La sardine ne vient pas dans nos eaux pour frayer. On peut ajouter que, quand elle y vient, elle doit être âgée au moins d'un an. Elle n'est pas attirée par la présence d'une proie déterminée; les changements de température de la surface ne paraissent pas davantage influencer ses déplacements. Les causes de son retour périodique doivent probablement être rapportées uniquement au retour des saisons et à la révolution solaire.

M. Emile Rivière décrit *la station quaternaire de la Quina (Charente)*.

M. E. Milliau signale une réaction chimique qui permet de découvrir *la falsification de l'huile d'olive par l'huile de coton*. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 25 février 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Ch. Féré a observé récemment un cas de *paralysie ascendante aiguë*. Un ingénieur, âgé de 41 ans, ressentit à la suite de travaux excessifs une faiblesse extrême dans les quatre membres qui, le lendemain, le força à s'aliter. Les membres inférieurs se paralysèrent complètement; les réflexes patellaires disparurent; puis la paralysie gagna les membres supérieurs; le pouls s'éleva à 180; la température rectale restant à 37°.8, le diaphragme se prit à son tour et la mort arriva au milieu d'accès de suffocation. L'évolution de la maladie n'avait pas duré plus de six jours. Dès le quatrième jour on notait la perte complète de l'excitabilité musculaire.

M. Féré insiste sur la rapidité de l'évolution telle qu'on eut pu penser à une paralysie spinale de l'adulte, sur la tachychardie qui apparaît dès le début sans modifications correspondantes de la température; sur la perte de l'excitabilité électrique des muscles en insistant sur ce fait que le faisceau sternal du sterno-cléïdo-mastoïdien réagissait encore, fait déjà signalé du reste par Duchenne.

M. Déjerine a observé un malade qui présentait des symptômes analogues à ceux décrits par M. Féré; à l'autopsie, on trouva une névrite parenchymateuse généralisée. Il fait également remarquer qu'on a attribué à la paralysie ascendante aiguë une origine infectieuse, sans toutefois donner à l'appui des preuves suffisantes. De plus, M. Vulpian a démontré que la perte de l'excitabilité faradique existait uniquement pour les nerfs et que la contractilité musculaire était conservée.

M. Déjerine a observé 11 fois sur les 106 tabétiques de son service de Bicêtre des atrophies musculaires à marche lente, progressive et permanente. Il rappelle à ce sujet que ces amyotrophies ont été signalées par de nombreux auteurs et que plusieurs, en particulier Charcot et Joffroy, ont admis comme interprétation une lésion des grandes cellules des cornes antérieures, opinion soutenue avec examen microscopique à l'appui dans la récente thèse de Condoléon.

Cinq fois il a pu faire l'autopsie; trois tabétiques présentaient l'amyotrophie répondant à la forme Aran-Duchenne; le quatrième montrait le type scapuro-huméral; chez le cinquième, l'affection était limitée aux deux éminences thénars. Chez aucun il n'avait existé de tremblements fibrillaires. Chez tous il y avait une atrophie pigmentaire du faisceau primitif avec sclérose interstitielle coïncidant avec une névrite dégénérative intense et très ancienne. Les racines antérieures étaient indemnes, de même les cornes antérieures de la moelle. A côté des névrites sensitives cutanées dans le tabes, il faut donc admettre des névrites motrices auxquelles il est légitime de rapporter les amyotrophies observées en pareil cas.

M. Lataste lit une note sur l'évolution dentaire dans la série animale.

M. Quinquaud dépose une note de MM. Arthaud et Balle sur la glycosurie expérimentale déterminée par l'irritation des pneumogastriques.

MM. P. Tourneux et Barrois envoient un travail sur l'existence de fibres musculaires striées dans le muscle adducteur des valves chez les Pectinidées et sur les mouvements natatoires que détermine la contraction.

M. Charrin présente au nom de M. A. Ruault un nouvel inhalateur automatique à vapeur.

Gilles de la Tourette.

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 36 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 8 SEPTEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Difficultés de l'allaitement. — Des téterelles (1);

M. P. BUDIN, professeur agrégé.

Lorsqu'on étudie les difficultés de l'allaitement, on voit qu'elles peuvent tenir à un grand nombre de causes. Du côté de la mère, je vous signalerai la brièveté du mamelon, une disposition vicieuse des bouts de sein, les gerçures, les crevasses, etc. L'enfant peut ne teter que péniblement, soit parce qu'il est en état de faiblesse congénitale, soit parce qu'il a du coryza, du muguet, une affection quelconque de la bouche, soit parce qu'il offre des vices de conformation du côté des lèvres, de la langue, de la voûte palatine, du voile du palais, etc... Certains enfants même sont tellement faibles, que non seulement ils ne tettent pas, mais qu'ils ne peuvent même pas avaler le lait qui leur est introduit dans la bouche.

Pour remédier aux difficultés de l'allaitement qui tiennent à la mère, on emploie les bouts de sein, les pompes tire-lait, etc...

Quand les enfants tettent difficilement, on peut recourir à l'allaitement avec la cuiller, la timbale ou d'autres appareils.

Enfin, quand les enfants ne font pas d'efforts de déglutition pour avaler, on pratique le gavage.

Parmi les bouts de sein, un des plus répandus est celui qui porte le nom du Dr Bailly (*figure* 7): il est formé par une cupule de verre cylindro-conique, sa base est largement évasée et, à son sommet, est adaptée une tétine en caoutchouc. « Cet instrument, dit M. Auvard (2), a un inconvénient, un gros inconvénient, tel qu'on est obligé souvent de renoncer à son emploi. L'enfant, pour aspirer le lait par son intermédiaire, est obligé de faire des efforts beaucoup plus considérables qu'à l'état naturel, et souvent il se rebute dans sa tâche trop pénible pour ses jeunes forces, il refuse de continuer à sucer et, au lieu de teter, il se met à pleurer. Il faut des enfants complaisants et vigoureux pour réussir avec le bout de sein de M. Bailly. »

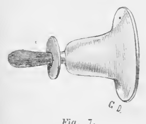


Fig. 7.

Pour éviter à l'enfant ces difficultés, M. Auvard a imaginé un bout de sein, ingénieusement combiné de telle façon que c'est la mère qui fait sortir elle-même par aspiration le lait de sa mamelle; l'enfant n'a plus qu'un très léger effort de succion à pratiquer pour que le lait pénètre dans sa bouche.

L'appareil de M. Auvard (*figure* 8), qu'il a appelé depuis téterelle bi-aspiratrice (1), comprend plusieurs parties que nous allons décrire successivement:

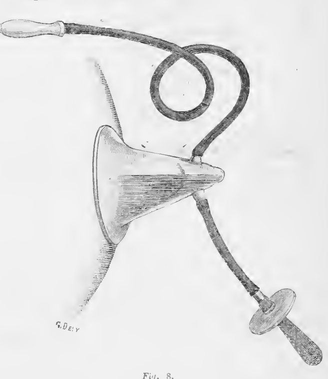


Fig. 8.

1° Une capsule en verre allongée, conique, qui porte deux tubulures près de l'extrémité du cône; l'ouverture extérieure de l'une de ces tubulures est dirigée en haut, l'ouverture de l'autre est dirigée en bas.

2° Un tube de caoutchouc se terminant par une tétine destinée à l'enfant; ce tube est fixé sur la tubulure inférieure. Il existe une soupape à l'intérieur de la tétine, soupape qui s'ouvre pour laisser passer le lait quand l'enfant exerce des mouvements de succion, qui se ferme, au contraire, si un mouvement d'aspiration est fait en sens inverse.

3° Un tube en caoutchouc, plus long, se terminant par un embout destiné à la mère. Ce tube est fixé sur la tubulure supérieure qui est près de l'extrémité du cône de verre.

Voici comment fonctionne cet appareil. La cupule est appliquée sur le sein. La tétine destinée à l'enfant est placée dans sa bouche, la mère saisit l'autre embout et exerce des mouvements de succion. Sous l'influence de ces mouvements, le vide est produit dans la cupule, le lait y jaillit et il tombe dans le tube en caoutchouc qui se rend à la tétine placée dans la bouche de l'enfant. Ce dernier n'a plus qu'à faire, à son tour, un léger mouvement de succion, le lait pénètre dans sa bouche et il avale.

Quelques semaines après l'apparition du travail du Dr Auvard, M. le Dr Smester a donné à son tour la description d'un appareil qu'il avait fait fabriquer une année

(1) Extrait d'une leçon faite le 28 avril 1888.
(2) *Gaz. Hebdom.*, 17 fév. 1888, p. 101.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 mai 1888, p. 402.

tumeur, puisqu'il s'agissait d'un épithélioma métatypique, pouvant devenir mâlin. Mais bientôt les observations cliniques publiées vinrent lui montrer que la maladie ne s'agravait pas ordinairement,comme il le craignait en se basant sur la théorie fournie par l'histologie. Aussi maintenant a-t-il changé sa manière de faire. Pour les femmes jeunes, les nouvelles mariées, il conseille l'abstention; mais, à un âge plus avancé, après la ménopause (40, 45 ans), il croit bon d'opérer, car les histologistes disent : « méfiez-vous » ; et en effet la transformation cancéreuse a été vue au moins dans un cas. Il agit ainsi, car pour les femmes vieilles les inconvénients de l'ablation sont peu considérables,tandis que l'âge augmente les chances et les dangers de transformation de cette tumeur.

M. Verneuil a étudié depuis longtemps cette maladie kystique. En clinique, c'est une entité morbide, bien nette, sans ressemblance aucune avec le cancer. Le diagnostic avec les fibro-adénomes de la mamelle lui paraît fort difficile généralement. Il est encore une affection dont il faut la distinguer, à savoir les *kystes racémeux* de la mamelle, qu'un de ses élèves a décrits dans sa thèse.— Il ne veut pas opérer les jeunes femmes atteintes de maladie kystique, parce que la clinique lui a prouvé que c'était là une affection bénigne, ne se comportant pas du tout cliniqnement comme un cancer. Qu'au point de vue histologique ce soit un épithéliome, peu lui importe ; ce n'est pas un épithéliome ordinaire bien certainement, et on ne doit pas intervenir dans la plupart des cas. Si par hasard on le fait, il faut tout enlever, absolument tout; sans cela on a à craindre une récidive.

M. Trélat. — Dans les cas types de maladie kystique, il n'y a pas tumeur solide, mais kyste, si bien que l'évacuation faite on ne sent plus rien. Une tumeur qui disparaît ainsi complètement après la ponction ne doit sûrement pas être enlevée. Mais si, après l'évacuation, il reste un noyau dur, un substratum néoplasique, il faut intervenir, enlever ce qui est néoplasme. — M. Trélat ne croit pas que la maladie kystique soit une bonne espèce nosologique, comme disent les naturalistes. — D'autre part, il faut bien distinguer entre la clinique et l'histologie. Quand dans une Société de chirurgie on prononce le mot épithélioma, cela a un sens bien spécial, mais qui souvent ne correspond pas au sens du même mot, histologiquement parlant.

M. Richelot demande à M. Reclus si cette maladie est fréquente et quel est le volume maximum que peut atteindre un de ces kystes. Chez une malade, il enleva, il y a trois ans, une tumeur (fibrome kystique) de la mamelle. Depuis, cette malade a la maladie kystique. Ce fibrome kystique était-il un kyste de la maladie kystique ou, dans ce cas, y a-t-il eu superposition des deux affections : fibrome kystique et maladie kystique.

M. Quénu dit que la distinction que vient d'établir M. Trélat est celle qui lui paraît répondre le mieux à la question : « Interviendra-t-on oui ou non? » Si M. Reclus croit à un néoplasme, il est illogique en ne recommandant pas l'opération pour tous les cas, car cet épithélioma métatypique peut devenir d'abord de l'épithélioma atypique, puis du cancer alvéolaire. Il ne comprend pas l'hésitation de M. Reclus.

M. Reclus répond que les kystes peuvent être énormes et qu'on ne connaît que 25 ou 30 cas environ de la maladie kystique. Il ajoute pour M. Quénu que s'il hésite, c'est parce qu'il ne sait pas exactement à ce qu'il a affaire. Cliniquement la question lui paraît résolue; c'est à l'anatomie pathologique, aux histologistes, à dire de quel genre de néoformation il s'agit.

M. Schwartz fait un rapport sur une observation envoyée par M. Doyen (de Reims) à la Société et intitulée : *Ostéotomie supra-condylienne* pour *genu valgum* (méthode de Mac Ewen). Homme de 55 ans, atteint de genu valgum depuis 19 ans, opéré en 1886. Pansement unique au 50e jour. Le malade marcha le 60e. C'est un succès de plus à ajouter aux cas connus. M. Doyen prétend que l'état des ligaments articulaires a une importance notable en ce qui concerne le choix de la méthode opératoire. Si le ligament latéral interne est très relaché, il recule devant l'ostéotomie. Pour M. Schwartz, cette laxité du ligament ne doit pas être une contre-indication. La consolidation se fait aussi bien, malgré cette disposition anatomique.

M. Schwartz fait un autre rapport sur deux autres observations de M. Doyen. Il s'agit de *fractures bimalléolaires mal consolidées et redressées par une opération sanglante.* M. Doyen a commencé par attaquer la malléole interne dans ces deux cas. M. Schwartz croit qu'il aurait mieux valu commencer par le péroné. Souvent, en effet, la réduction peut être obtenue sans toucher au tibia. Il a opéré récemment un malade de cette façon. Dans des cas analogues, on doit recourir d'abord, si la chose est possible, c'est-à-dire si la fracture est récente, à l'ostéoclasie manuelle ou instrumentale. On doit ordinairement casser le péroné au niveau du cal.

M. Reynier est aussi d'avis qu'il faut s'adresser tout d'abord au péroné. Chez deux malades il a pu ainsi redresser le pied sans ostéotomiser la malléole interne.

M. Pozzi fait une communication sur *le drainage capillaire du péritoine* après la laparotomie. Il est aujourd'hui admis qu'après certaines laparotomies on doit faire le drainage du péritoine. Pour M. Pozzi, les indications de ce drainage sont :

1o Imminence d'un écoulement sanguin assez considérable, quand le péritoine a été fortement dilacéré et que la résorption par la séreuse du sang épanché paraît devoir être difficile.

2o Imminence d'un suintement septique, infectieux, après la fermeture du ventre.—Ceci posé, M. Pozzi fait remarquer qu'il ne veut pas aujourd'hui discourir sur les avantages ou les inconvénients du drainage péritonéal après la laparotomie (on n'en sortirait pas) ; il se bornera à montrer comment jusqu'ici ce drainage a été fait (tubes en verre, en caoutchouc, placés dans la partie inférieure de la section cutanée, etc.). Mais ce mode de drainage est parfois insuffisant parce que les liquides sont insuffisamment conduits au dehors, et qu'il y a résorption putride consécutive. C'est pour cela qu'il a essayé l'emploi de la gaze iodoformée (mèches, tentes). Les liquides montent dans ces bandes de gaze par la *vis a fronte.* Ce mode de drainage a été employé dès 1882 par Hégar, etc., mais d'une façon timide; les chirurgiens se servant de ce procédé plaçaient leurs bandelettes de gaze dans un tube de verre (sorte de spéculum abdominal) qu'ils bourraient, puis débourraient. En 1886, Mikulicz eut l'idée de placer au milieu même des anses intestinales un sac de gaze iodoformée, bourré de bandelettes de la même gaze. M. Pozzi a fait de même dans 3 cas. 1er cas : kyste intraligamenteux, péritoine très dilacéré pendant la laparotomie, hémorrhagie capillaire abondante, suintement persistant. Il plaça des lanières de gaze au contact des anses intestinales, dont une dans le fond du petit bassin. Il resta une fistulette pendant deux mois. — 2e cas : kyste intraligamenteux suppuré à productions papillaires. Il plaça un sac de gaze iodoformée, bourré de bandelettes, dans le ventre ; guérison par première intention et aseptique. — 3e cas : pyosalpingite. Tumeur très adhérente au rectum. Pus dans le petit bassin pendant la laparotomie. Drainage de Mikulicz. M. Pozzi retira les premières bandelettes le 3e jour. On trouva des matières fécales dans la plaie. Le rectum était perforé avant ou l'avait été pendant l'opération. Au bout d'un certain temps les matières intestinales ne passèrent plus par la plaie.— Il se forme dans ces cas une péritonite adhésive dans le petit bassin ; tout se passe dans ces cas comme si on fermait le foyer d'infection.

M. Bouilly. — Le lavage du péritoine et l'hémostase rendent les indications du drainage après la laparotomie très restreintes. Sur 37 laparotomies il l'a fait 5 fois seulement. Le lavage à l'eau bouillie à 45o suffit ordinairement. Voici les 5 cas où le drainage a été fait : 2 cas de péritonite post partum suppurée ; 2 cas d'ablation des annexes de l'utérus ; un cas de kyste intraligamenteux.— Il préfère le gros tube à drainage de Chassaignac, s'il est bien perforé. Le drainage de Mikulicz a un inconvénient, ce sont les pansements nombreux qu'il exige. M. Bouilly retire le tube deux jours après l'opération, en général ; il ne s'écoule dans ces quarante-huit heures que de la sérosité, mais en très notable quantité.

M. Terrillon préfère le drainage ordinaire (tube gros, très perforé) à celui de Mikulicz, qui n'est bon que quand il y a de grandes surfaces saignantes. Il a fait le drainage deux fois sur 18 cas.

M. Pozzi a voulu simplement montrer que le drainage de Mikulicz peut rendre quelques services dans des cas très exceptionnels d'ailleurs. C'est donc un procédé précieux.

M. Delorme présente un malade qui était atteint de *luxation irréductible du pouce*, en arrière et complète. Ce malade, déjà montré à la Société il y a deux mois, a été traité d'abord avec un appareil prothétique, comme l'avaient demandé quelques membres. La prothèse a été insuffisante; il a dû faire l'*arthrectomie* à cause de l'atrophie progressive des muscles de l'éminence thénar. Le résultat est aussi bon que possible.

Marcel Baudouin.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

I. **Leçons sur la syphilis professées à l'hôpital Saint Sauveur**; par le Dr Henri Leloir, professeur à la Faculté de Lille, etc. — Paris, Delahaye et Lecrosnier et Bureaux du *Progrès médical*, 1886.

II. **De l'échéance des accidents cérébraux dans la syphilis, et en particulier de la syphilis cérébrale précoce**; par le Dr Henri Gaudichier. — Paris, G. Steinheil, 1886.

III. **Etude clinique sur certaines maladies de l'œil et de l'oreille consécutives à la syphilis héréditaire**; par Jonathan Hutchinson, traduit et annoté par le Dr P. Hermet, avec une préface du professeur Fournier. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884

IV. **Etude sur l'historique, l'étiologie et la pathogénie de la syphilis héréditaire et particulièrement des manifestations tardives de la syphilis héréditaire**; par Emmanuel Delaittre. Thèse de Paris, 1883.

V. **Du cancer chez les syphilitiques. De l'hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale en particulier**; par le Dr G.-H. Ozenne — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1884.

VI. **La Prostitution à Paris**; par le Dr A. Corlieu. — Paris, J.-B. Baillière, 1887.

I. Il n'est certes pas facile de dire quelque chose de nouveau sur la syphilis, j'entends quelque chose de vraiment nouveau, quelque chose qui ne soit pas un vieux poisson accommodé à une sauce nouvelle. Nous allons chercher si, dans les leçons que M. Leloir a professées à la Faculté de Lille, il y a quelque chose de vraiment original, ou s'il s'est borné, ce qui ne serait déjà point sans mérite, à exposer devant ses élèves avec clarté et précision les faits déjà connus.

A ses connaissances de spécialiste en dermatologie et en syphiligraphie, M. Leloir joint des connaissances étendues en anatomie pathologique et en micrographie, et c'est là ce qui lui a permis peut-être de dire réellement du nouveau. S'inspirant de ses recherches personnelles comme de celles du professeur Cornil, son devancier en ces matières, M. Leloir s'est efforcé d'expliquer par les lésions anatomiques les symptômes constatés sur le malade. C'est ainsi qu'à propos du chancre infectant, M. Leloir commence par donner une description anatomique de cette lésion. Il étudie d'abord le chancre typique, variété de granulome ne présentant encore pour l'histologiste aucun caractère absolument pathognomonique, il décrit minutieusement l'altération de l'épiderme voisin, la lésion des cellules épidermiques qu'il a fait connaître et qui consiste en une transformation de l'épiderme en réticulum, transformation que, le premier, M. Leloir a bien décrite dans tous ses détails et qui, du reste, se rencontre dans une foule de maladies cutanées. Passant ensuite aux diverses variétés du chancre, M. Leloir s'efforce d'expliquer leur aspect par leur structure: c'est ainsi que l'altération cavitaire des cellules de l'épiderme donnerait naissance au chancre diphthéroïde, etc. On trouvera, p. 109, quatre schémas montrant les phases par lesquelles peut passer un chancre ou, pour mieux dire, les diverses physionomies que peut présenter un chancre suivant qu'il est pustuleux, diphthéroïde ou rouge, et donnant une idée des lésions correspondantes.

Maintenant, une petite querelle à M. Leloir. Il dit que le mot chancre est un mauvais mot; il repousse avec raison l'appellation de sclérose initiale due à Tarnowsky et à quelques allemands et propose les mots de: « premier des syphilômes ou syphilôme primaire. » Cependant, M. Leloir n'y revient plus et continue à employer, excellemment du reste, le mot de chancre et, à l'aide de ce mot, fait admirablement comprendre ce qu'il veut dire. Or un mot qui remplit si bien son rôle dans la phrase, qui est consacré (depuis Clerc et Bassereau) par un demi-siècle de jouissance, doit certainement être conservé, et dans tous les cas, ne périra jamais tant qu'on lui opposera un mot plus long ou un équivalent en deux mots. Continuons donc de dire chancre, de nous en préserver nous-mêmes si nous pouvons et d'en guérir nos malades de notre mieux.

Au point de vue du diagnostic, M. Leloir appelle l'attention sur un signe qu'il a le premier décrit et qu'il appelle le signe de l'*expression du suc*. D'après lui, lorsqu'on presse la base d'un chancre après l'avoir essuyé, on n'en tire presque aucun liquide, tandis que si l'on répète la même expérience sur une vésicule d'herpès ou sur la petite ulcération qui lui succède, on aura presque indéfiniment de la sérosité. L'étude très minutieuse du chancre, envisagé à tous les points de vue, est précédée d'une énumération complète des conditions dans lesquelles on peut contracter la syphilis et qui, sans être innombrables ne laissent pas d'être très variées et souvent très bizarres.

Nous ne passerons pas en revue une par une les treize remarquables leçons que M. Leloir a consacrées au chancre. Un point seulement nous arrêtera, c'est la question du traitement chirurgical du chancre.

L'excision du chancre a été pratiquée, nous dit M. Leloir, depuis longtemps, dès le XVIIe siècle tout au moins, cependant cette pratique ne s'est jamais généralisée. Il y a quelques années, Auspitz et Unna ont essayé de la remettre en honneur, et il est probablement peu de syphiliographes qui n'aient profité d'un chancre du prépuce pour tenter l'expérience.

Les résultats sont des plus douteux, car s'il y a eu des succès, 22 peut-être ou 23 d'authentiques sur plusieurs centaines de tentatives, il y a eu, comme on le voit, une immense majorité de cas dans lesquels la syphilis a suivi son cours. Nous ne saurions trop approuver M. Leloir quand il pose comme conditions autorisant le médecin à enlever le chancre les suivantes :

1° Chancre au début; 2° chancre situé sur une région (prépuce petites lèvres) où l'excision est facile et sans danger; 3° absence d'adénopathie; 4° chancre unique ou chancres très faciles à enlever tous (par la circoncision, par exemple); 5° sujet non diabétique ni albuminurique. Nous nous permettons, comme corollaire, d'ajouter à ces indications celle qui résulte du phimosis. On fait alors d'une pierre deux coups, pour ainsi dire. Donc, dans ces leçons de M. Leloir, on rencontrera quelques parties personnelles à l'auteur, mais on sera surtout charmé de son talent d'exposition, de sa clarté et de l'*absence de parti-pris*. Cette vertu n'est peut-être pas aussi commune qu'elle devrait l'être, notamment chez les grands spécialistes faisant école, ou en fortune de faire école un jour. Or, bien que la syphiliographie soit déjà fort avancée, il n'y manque point, malheureusement encore, de points obscurs, et nous prisons beaucoup l'opinion de ceux qui savent douter et qui osent le dire.

II. La syphilis du cerveau tend, sous l'influence des travaux contemporains, à prendre dans le cadre nosologique une place de plus en plus large. Les travaux de Lancereau, Mauriac, Jullien, et surtout du professeur Fournier, résumant aussi bien la pratique de ces savants syphiliographes que les faits nombreux épars dans la science, nous montrent que bien des affections cérébrales considérées naguère comme idiopathiques ou bien rapportées à des causes banales peuvent être dues à la syphilis. Je me bornerai à citer comme exemples l'ataxie locomotrice et la paralysie générale progressive qui seraient peut-être dues à la vérole, au moins dans certains cas. M. Gaudichier, dans sa thèse faite sous les auspices du professeur Fournier, s'est proposé de faire l'étude statistique de la syphilis cérébrale, et cela fait d'examiner avec un soin particulier les manifestations précoces de la syphilis sur les centres

nerveux. Son travail comprend donc deux parties, l'une consacrée à la syphilis cérébrale, considérée dans son ensemble, l'autre à la syphilis cérébrale précoce. Laissant tout à fait de côté la question d'anatomie pathologique, M. Gaudichier s'attache surtout au classement des cas par symptômes et par époque d'apparition. Dans une série de tableaux graphiques très intéressants il montre les rapports de la syphilis cérébrale avec l'âge de la maladie et à quels moments apparaissent les phénomènes pathologiques. Il résulte de ces tableaux, sur le détail desquels nous ne nous appesantirons pas, que les quatre premières années comprennent le maximum des cas de syphilis cérébrale. Après quatre ans, la syphilis cérébrale décroît très lentement, presque insensiblement jusque vers la 15e année. A partir de cette époque, elle devient beaucoup plus rare; mais cependant après trente ans on peut encore en observer quelques faits. On peut donc dire qu'à aucune époque de sa vie un syphilitique n'est absolument préservé des manifestations cérébrales de la vérole, mais qu'après 15 à 20 ans les mauvaises chances sont devenues presque exceptionnelles.

Les femmes paraissent beaucoup moins exposées que les hommes aux accidents cérébraux de la syphilis.

Jetons maintenant un coup d'œil sur la syphilis cérébrale précoce, c'est-à-dire sur celle que l'on voit apparaître dans les 12 à 15 premiers mois qui suivent l'infection. Cette forme n'est pas extrêmement rare puisque M. Gaudichier a pu en citer trente-huit cas sur un total, il est vrai, de plus de 400 observations relatives à la syphilis cérébrale. Ce n'est guère que sept à huit mois après le chancre qu'apparaissent les accidents cérébraux dits précoces; cependant quelques observations nous montrent qu'ils peuvent arriver au bout de deux ou trois mois seulement. Il va sans dire que ces faits sont d'une extrême rareté.

Adoptant la classification établie par le professeur Fournier, M. Gaudichier reconnaît dans la syphilis cérébrale précoce les formes suivantes: céphalalgique, congestive, convulsive, épileptique, aphasique, mentale, paralytique. Cette dernière est la plus fréquente. Tantôt les accidents apparaissent brusquement, tantôt ils sont précédés d'une céphalée plus ou moins rebelle. L'action du traitement est très puissante, malheureusement la guérison n'es pas toujours complète et les récidives sont fréquentes. La mort n'a été observée qu'une fois. Le traitement conseillé est, bien entendu, le traitement mixte, hydrargyrique et ioduré. Au sujet du traitement mercuriel, des frictions surtout sont conseillées et la limite d'intensité du traitement nous est naturellement fournie par l'apparition de la salivation; mais, au point de vue du traitement ioduré, M. Gaudichier considère comme de fortes doses 3 à 4 grammes par jour et paraît regarder 8 grammes comme un maximum. Nous pensons qu'il y a lieu de faire à ce sujet quelques réserves. Nous n'ignorons pas que le professeur Fournier considère comme inutile de dépasser une dizaine de grammes. Cependant, malgré notre respect pour l'autorité de ce maître, nous croyons qu'on peut pousser les doses beaucoup plus haut. Nous pourrions citer deux faits, l'un de paraplégie, l'autre de pseudo-ataxie locomotrice qui n'ont cédé qu'à des doses de 15 grammes par jour continuées pendant deux mois et plus. Certains médecins américains ne craignent pas d'aller jusqu'à trente grammes par 24 heures par doses fractionnées; enfin nous avons observé un malade qui avala par erreur toute une bouteille d'iodure, soit 30 grammes pour 500 grammes d'eau et n'eut qu'un formidable coryza, sans le moindre trouble gastro-intestinal. Donc, en présence des menaces si graves de la syphilis du cerveau, nous pensons qu'il ne faut pas hésiter à porter l'iodure jusqu'à douze ou quinze grammes par jour et même au delà si le malade le supporte. Les éruptions iodiques qui se montrent parfois alors sont sans gravité. En résumé on trouvera dans le mémoire de M. Gaudichier outre un exposé court, mais précis de la question, des renseignements statistiques d'une haute valeur et une véritable mine d'observations de syphilis cérébrale.

III. Nous devons rendre compte maintenant de quelques travaux assez anciens déjà mais que leur valeur ne nous permet pas de passer sous silence. Les travaux de Hutchinson sur la syphilis héréditaire, après avoir été reçus d'abord assez froidement en France, ont fini par être acceptés comme l'expression sinon de vérités indiscutables, du moins comme exacts en très grande partie. M. Hermet s'est imposé la tâche de faire connaître au public français le mémoire de cet auteur relatif aux affections de l'œil et de l'oreille dus à la syphilis héréditaire. Ce mémoire se compose d'une longue série d'observations suivies de conclusions présentées tantôt avec quelque détail, tantôt sous forme aphoristique. Les maladies de l'œil résultant de la syphilis héréditaire sont: 1° l'iritis, forme assez rare dont Hutchinson a recueilli seulement 23 observations. La connaissance des antécédents et l'efficacité du traitement mercuriel en frictions, la coïncidence de l'altération spéciale des dents (dents de Hutchinson) sont les principaux motifs qui ont conduit l'auteur à regarder cette iritis comme spécifique. Elle se rencontre surtout chez des enfants dont les parents ont une vérole récente, et les petits malheureux affectés de cette iritis étaient souvent les seuls survivants de nombreux enfants ayant succombé à la syphilis héréditaire.

2° La kératite interstitielle chronique est beaucoup plus commune. Son histoire est basée sur 102 observations. L'âge moyen des sujets est 10 ans; mais on peut voir de nombreux cas entre 8 et 15 ans; au-dessous de 5 ans elle est rare, plus rare encore après 25 ans. La maladie est plus fréquente chez les filles que chez les garçons. Le pronostic est assez favorable quand la maladie est traitée de bonne heure par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium.

3° La choroïdite et la rétinite (13 observations) sont beaucoup plus rares; mais néanmoins l'auteur n'hésite pas à les considérer comme les résultats de la syphilis héréditaire dans les observations qu'il a recueillies.

4° La cataracte; 5° l'inflammation du corps vitré; 6° l'aquo-capsulite; 7° l'amaurose avec atrophie blanche des nerfs optiques seraient également le résultat de la syphilis héréditaire chez certains sujets.

Les organes de l'ouïe comme les organes de la vision peuvent être affectés par la syphilis héréditaire; Hutchinson rapporte un certain nombre de cas de surdité chez les hérédo-syphilitiques. Cette surdité qui peut présenter tous les degrés jusqu'à la cophose complète est due, tantôt à des altérations du tympan, tantôt à des altérations de l'oreille moyenne et de la chaîne des osselets, tantôt à des lésions de l'oreille interne. On doit du moins le supposer, car dans certains cas, on n'a pu déterminer exactement la cause de la surdité. Ce chapitre est augmenté de notes importantes et d'observations recueillies par M. Hermet. En somme, on trouvera dans le mémoire d'Hutchinson et dans les notes du traducteur, une foule de renseignements importants sur l'hérédité syphilitique, question si intéressante non-seulement pour les spécialistes mais encore pour tous les médecins.

IV. Avant de laisser la syphilis héréditaire, signalons la thèse de M. Delaittre qui soulève sans, il est vrai, les résoudre, dans le chapitre pathogénie, les questions les plus ardues relatives à son sujet, notamment à la syphilis par conception, à la forme des accidents sous laquelle se montre la syphilis héréditaire tardive, etc. Peut-être M. Delaittre affirme-t-il un peu facilement. Rien de plus obscur que la syphilis dite par conception, que la nature du virus syphilitique que l'on suppose bacillaire, mais dont le parasite n'est point encore connu. Rien de plus ardu que de démontrer qu'une syphilis passant pour héréditaire tardive n'est pas une syphilis contractée par le sujet; rien de plus difficile que de démontrer qu'une femme dont l'enfant est syphilitique n'a jamais eu la syphilis et sera vaccinée par lui (loi de Colles).

L'impossibilité de l'expérimentation en pareille matière fait de l'hérédité syphilitique un des problèmes les plus difficiles de la pathologie. Nous n'oserions dire que

M. Delaittre ait fait avancer la question. Comme renseignements son travail peut être consulté avec fruit.

V. Une manifestation d'origine syphilitique peut-elle dégénérer en une tumeur épitheliale de forme carcinomateuse ou autre? Oui, n'hésite pas à dire M. Ozenne, en s'appuyant principalement sur l'autorité du professeur Verneuil; on observe des tumeurs hybrides où la syphilis et le cancer sont intimement mêlés. Se basant sur un assez grand nombre d'observations, dont quelques-unes sont fort intéressantes, il admet une hybridité cancéro-syphilitique de la cavité buccale. Il lui reconnaît même trois formes : *a*) une forme cancéro-scléreuse; *b*) une forme cancéro-gommeuse; *c*) une forme cancéro-scléro-gommeuse. Après avoir étudié aussi complètement que possible ces diverses formes, l'auteur décrit une hybridité cancéro-syphilitique de la mamelle et une hybridité cancéro-syphilitique de la verge et du testicule; il rapporte ensuite divers faits qu'il considère comme des lésions hybrides cancéro-syphilitiques du foie, de la vessie, de l'anus et du rectum. Il termine par des considérations générales sur les rapports du cancer et de la syphilis et sur leur influence réciproque. Il croit que la présence du cancer peut réveiller une syphilis latente, et, d'autre part, que la syphilis, en créant des *loci minoris résistentiæ* peut faciliter l'éclosion d'un cancer.

Nous devons avouer que la lecture du travail de M. Ozenne ne nous a nullement convaincu. Nous admettrions bien, à la rigueur, que certaines lésions buccales peuvent prédisposer à l'épithéliome, au même titre que les lésions connues sous le nom de psoriasis buccal, de leucoplasie buccale; mais, dans ce cas, l'influence de la syphilis serait purement locale et comparable à celle des cicatrices, notamment des cicatrices de brûlure sur le développement de l'épithéliome cutané.

Si l'on soumet à un examen un peu minutieux les observations rapportées par M. Ozenne, on s'aperçoit que l'anatomie pathologique est presque toujours absente et que plusieurs des observations rapportées (voy. hybridité cancéro-syphilitique de la mamelle), sont tout simplement des erreurs de diagnostic, une gomme à siège insolite ayant été prise pour un cancer.

En prenant la question à un autre point de vue, on est tenté de combattre les opinions hypothétiques de M. Ozenne par une autre hypothèse: La syphilis est une maladie virulente et probablement parasitaire. L'épithéliome ne peut encore être considéré avec certitude comme parasitaire; cependant la doctrine du parasitisme cancéreux a ses apôtres et nous avons vu des préparations du Dr Rappin qui sont bien favorables à cette doctrine. Il a le premier, dans une communication à l'Académie de médecine, fait connaître qu'il avait pu cultiver des microcoques dans diverses tumeurs malignes et il a réussi à voir dans l'intérieur des cellules épithéliomateuses de petits corps qu'il considère comme des microcoques. Si cette hypothèse et ces observations sont reconnues vraies, nous aurions donc, dans le cas d'hybridité cancéro-syphilitique, deux parasites évoluant chez le même individu, et tout simplement un phénomène analogue à celui de l'érysipèle phlegmoneux, où le microbe de l'érysipèle et celui du phlegmon évoluent côte à côte sans grande influence l'un sur l'autre. Quoi qu'il en soit du parasitisme cancéreux, nous sommes, en tout cas, bien convaincu que l'épithéliome est une maladie primitivement locale et non une localisation d'une maladie générale. L'anatomie pathologique et l'étude des causes locales du cancer, son mode de propagation et de généralisation sont peu favorables à l'idée d'une diathèse préexistante, et, si l'hérédité joue dans le cancer un rôle évident (bien qu'il ait été exagéré), on peut considérer qu'elle détermine une prédisposition de certains tissus (dans l'espèce, de certains tissus épithéliaux) à proliférer et à dévier du type sous une influence inconnue, mais peut-être parasitaire, de même que l'hérédité tuberculeuse, peut être considérée actuellement comme une disposition des tissus à recevoir favorablement le bacille à nourrir et à lui céder les matériaux nécessaires pour son évolution; mais laissons ce sujet, qui nous entraînerait trop loin, et concluons en disant que le mémoire de M. Ozenne nous a présenté un vif intérêt, bien que nous ne puissions admettre complètement ses conclusions.

VI. On a beaucoup écrit sur la prostitution : nous avons rendu compte ici même des travaux de MM. Yves Guyot, Mireur, Després. Aucun de ces auteurs n'est content de ce qui existe, mais chacun d'eux, reconnaissant que la prostitution ne peut être supprimée, propose d'apporter à l'état de choses existant des modifications tantôt dans un sens, tantôt dans un autre. Si M. Yves Guyot, d'une part, réclame la liberté de la prostitution, la plupart des médecins, au contraire, réclament une réglementation plus stricte; mais presque tous demandent au nom de l'hygiène publique un accroissement des prérogatives des médecins et une diminution des pouvoirs des agents de l'administration. La plupart réclament aussi que l'on favorise la prostitution réglementée (maisons de tolérance et filles en carte) et que l'on poursuive sévèrement la prostitution clandestine. En cela, ils veulent qu'on s'efforce de remonter le courant naturel des choses; car la statistique nous montre les maisons de tolérance diminuant progressivement de nombre, tandis que la prostitution clandestine tend peu à peu à augmenter. M. Corlieu, après avoir donné un grand nombre de renseignements et de statistiques concernant plutôt le côté administratif de la question que son côté médical ou social, propose un certain nombre de réformes portant sur le nombre des visites à faire subir aux filles, sur le mode de nomination des médecins du dispensaire et sur la création d'un hôpital spécial indépendant de Saint-Lazare. Il est certain que les visites, espacées comme elles le sont aujourd'hui, n'offrent aux consommateurs, si l'on peut employer ce mot, qu'une garantie illusoire. Peut-être le meilleur remède serait-il, comme l'a proposé Mireur, de rendre les maîtresses de maison responsables des cas de syphilis trouvés chez leurs filles, et cela au moyen d'une inspection assez fréquente et faite inopinément. Dans la crainte d'une forte amende, elles feraient visiter lesdites filles presque quotidiennement par un médecin de leur choix, à leurs frais, risques et périls. Il en résulterait probablement une diminution du nombre des syphilis contractées dans les maisons de tolérance. Quant à la prostitution clandestine, le problème ne paraît pas près d'être résolu. En effet, le soin de la santé publique et le respect de la liberté individuelle sont malaisés à concilier et il paraîtra toujours odieux de priver de leur liberté sans jugement et par mesure administrative, des femmes si peu respectables qu'elles soient.

Le remède serait peut-être de mieux faire connaître au public ce qu'est la syphilis et les précautions à prendre pour s'en préserver ; mais là encore le problème à résoudre n'est pas facile et pour l'instant nous devons nous résigner à soigner les syphilitiques le mieux possible et ne pas nous bercer de l'espoir de voir disparaître la syphilis, qui (comme le disait Cousin du catholicisme) a encore bien des siècles dans le ventre. A. MALHERBE.

HYPNOTISME. — L'hypnotisme est à l'ordre du jour : il a littéralement envahi l'Algérie. Depuis la venue dans notre colonie de deux ou trois charlatans qui font suivre leur nom d'épithètes plus ou moins ronflantes et qui tous se disent les élèves, sinon les égaux, de Charcot et autres sommités scientifiques ou médicales, on explique tout par l'hypnotisme. Un vol ou un crime se commet-il? — Hypnotisme! Un gendre succombe-t-il sous les vexations de sa belle-mère? — Hypnotisme! Tout se fait par l'hypnotisme, et cette science merveilleuse dont on ne connaît encore que la surface est mise à toutes les sauces. Vraie ou fausse, elle est en tous cas un bien ingénieux moyen d'exploiter la bêtise humaine, et ceux qui s'en servent le font parfois d'une façon bien maladroite. (*Petit Var*, 14 février 1888).

NOUVEAUX JOURNAUX : *Journaux de gynécologie.* — Le Dr H. Keene a établi, au dernier meeting de la *Société gynécologique américaine*, que la littérature gynécologique s'était... *enrichie*, pendant ces huit dernières années, de 804 livres et 7.500 articles de journaux et brochures!!! (*Provincial medic. Journal*).

CORRESPONDANCE

Assainissement des villes

Limoges, 26 février 1888

Mon cher ami,

Voici quelques renseignements sur le système d'égout de Limoges, ville industrielle et commerçante, d'environ 66.000 habitants, en partie très ancienne, en partie moderne, bâtie sur le versant d'une colline qui aboutit à la rive droite de la Vienne. Dans les nouveaux quartiers, qui datent du siècle et surtout des trente dernières années, chaque maison a sa fosse fixe plus ou moins étanche. Dans l'ancienne ville, centre du commerce (la Cité et les quartiers compris dans le périmètre des boulevards), longtemps on a pratiqué exclusivement le tout à l'égout et on l'y pratique encore, mais un peu moins complètement. Dans toutes les rues, il y a un conduit auquel aboutissent des raccords en pente partant de chaque maison. Les eaux ménagères, les pluies, le trop plein des fontaines, des prises d'eau pour l'arrosage des rues et le service des incendies favorisent l'écoulement direct des matières solides et liquides.

La majeure partie des conduits se déversent dans un ruisseau qui, même sur le plan cadastral, porte le nom générique de *Merdenson.* » Après un parcours sinueux et assez long sous la ville, ce ruisseau se jette dans la Vienne, en aval du Pont-Neuf. D'autres conduits aboutissent à des réservoirs situés dans des *terrains cultivés* qu'ils fertilisent en les arrosant au moyen d'un système de *petits canaux.* La *superficie des terrains, ainsi irrigués et fertilisés*, était autrefois beaucoup plus considérable. Elle a diminué peu à peu et diminue chaque jour au fur et à mesure des accroissements de la ville. Rues et maisons remplacent maintenant prairies, pépinières et jardins maraîchers.

Aucune épidémie grave n'a sévi à Limoges depuis la peste qui décima les habitants (1630-31). Les maladies n'y sont ni plus dangereuses ni plus graves qu'ailleurs. Cependant certains quartiers de l'ancienne ville sont infects. Rues étroites, tortueuses, malpropres; maisons construites en dehors de tout principe d'hygiène, presque sans ouvertures, sans lumière, sans air. Pourtant, depuis trente ans environ, on observe souvent des fièvres typhoïdes. Les *quartiers neufs* n'en sont pas plus exempts que les *vieux.* Cela tient-il à ce que depuis la construction des *quartiers neufs* dont les habitations ont adopté les fosses fixes, le tout à l'égout, est de moins en moins pratiqué? Je ne sais.

En 1860, on prolongea la voie ferrée jusqu'à Périgueux. Pour cela, il fallut traverser la ville, parallèlement à la Vienne, dans un tunnel. Au cours des travaux, nombre de conduits d'égout ont été rencontrés. La plupart ont pu être conservés; quelques-uns, par suite d'une difference de niveau ou pour toute autre cause, *ont été murés et sont devenus de véritables culs-de-sac*, de grandes fosses fixes, de véritables cloaques. d'où les matières ne peuvent s'écouler.

Beaucoup de maisons, desservies par les conduits ainsi bouchés, ont fait couper toute communication et construire des fosses étanches, mais pas toutes. Il y en a qui n'ont pas modifié leur système de latrines et qui, par certains temps, deviennent à peu près inhabitables, à cause des émanations. En outre de ces graves inconvénients, ne peut-il se produire des infiltrations qui viennent contaminer les eaux potables? Il ressort de là que le tout à l'égout, autrefois, n'a eu aucun inconvénient; — que la transformation de certaines portions d'égout en véritables fosses fixes, et l'établissement de fosses fixes dans les maisons neuves *paraît* avoir occasionné le retour ou l'augmentation de la mortalité par fièvre typhoïde.

Croyez, mon cher ami, à mes sentiments toujours cordialement affectueux et dévoués. Dr Mabaret du Basty,

Nous prions de nouveau nos lecteurs de bien vouloir nous donner des renseignements sur le « Tout à l'Egout » et l'utilisation agricole des eaux d'égout et des matières de vidanges.

Collège de France.—M. Ribot, docteur ès lettres, est nommé professeur de psychologie expérimentale et comparée audit collège.

THÉRAPEUTIQUE

Alimentation dans un cas de méningite cérébro-spinale.

Par M. Th. Defresne.

M. le Dr L..., âgé de cinquante-deux ans, est père d'un jeune enfant que sa mère, âgée de trente-six ans, a nourri avec succès jusqu'à l'âge de douze mois.

Le père et la mère sont vigoureux, aucune tare héréditaire ne peut être relevée et tous deux jouissent d'une santé parfaite En juin 1887, l'enfant souffrait beaucoup de la dentition : après deux jours d'insomnie, de fièvre, d'agitation, il fut pris de raideur des muscles postérieurs du cou, puis de très légères et passagères convulsions des muscles de la face et des membres. A la suite de ces accidents qui durèrent trois jours, la tête resta inerte, les muscles étaient agités de mouvements choréiformes, l'enfant ne pouvait têter sans mordre cruellement le sein de sa mère qui dut renoncer à le nourrir. On eut recours au lait d'ânesse; il était gardé quelquefois, le plus souvent rejeté. On fit venir une nourrice, l'enfant, plein de connaissance, refusa ce sein étranger; pendant ce temps, ses chairs fermes et roses s'étaient flétries, la méningite et l'inanition poursuivaient leur œuvre de destruction. M. le Dr Jules Simon, qui suivait l'enfant, ne dissimulait pas ses inquiétudes.

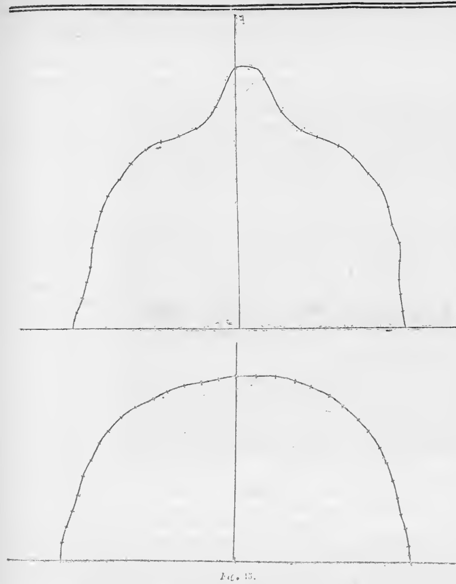
La maladie était entrée dans le sixième septénaire, aurait-elle une issue heureuse? On pouvait l'espérer. Mais, en attendant, l'inanition menaçait les jours du petit malade et une diarrhée inquiétante le jeta dans un état pitoyable, c'est alors que M. le Dr L... songea à la Peptone. Il vint me voir, il m'interrogea sur l'usage de la Peptone; il écouta avec un poignant intérêt ce que je pus lui dire sur son efficacité. Je l'engageai à donner à l'enfant quatre à six cuillerées à café de Peptone par jour, dans quelques cuillerées à bouche de bouillon. Je lui fis remarquer, toutefois, que chez l'enfant, en particulier, les aliments respiratoires jouent un très grand rôle et que la Peptone, seule, me paraissait insuffisante; cette restriction était fâcheuse, car l'estomac de l'enfant ne supportait ni la farine lactée, ni la farine d'avoine, non plus que les fécules les plus variées, et le lait d'ânesse, assez mal supporté, n'était pas étranger à la diarrhée qui finissait d'épuiser l'enfant.

Devant ce nouvel obstacle, je fis part au docteur L... de mes études sur la farine de blé malté où la germination transforme 30 p. 100 de l'amidon en maltose et le reste en une dextrine soluble à 75 degrés. J'ajoutai que, pour rendre cette farine plus riche en aliments gras, en phosphate de chaux et en protéine, j'avais songé à l'associer au jaune d'œuf où ces éléments sont dans un état plus parfait que dans le lait lui-même, puisqu'ils peuvent, sans digestion préalable, évoluer en muscles et en os chez le futur oiseau.

Il trouva cette association rationnelle et s'offrit d'expérimenter la Farine Maltée sur son enfant.

Le 25 août 1887, le régime suivant fut établi : le matin, à midi et à quatre heures, l'enfant prenait une cuillerée à café de peptone dans deux cuillerées à soupe de bouillon et deux heures après la peptone, soit trois fois par jour une petite bouillie ainsi préparée : quatre cuillerées à café de Farine Maltée délayée avec trois cuillerées à bouche d'eau chaude et quatre cuillerées de lait chaud, le tout porté à l'ébullition pendant quelques secondes. L'enfant se montra friand de cette petite bouillie; la diarrhée s'arrêta, ses petits membres flétris se remplirent à vue d'œil, je le vis, en novembre 1887, cinq mois après les premiers accidents; les mouvements des membres se coordonnent et l'enfant tenu sous les aisselles avance ses petites jambes l'une après l'autre sur le parquet; sa petite tête obéit à sa volonté; il la tourne pour répondre à l'appel paternel.

En décembre, l'enfant a 18 mois; les dents le tourmentent; une des œillères fait son apparition; on redoute la coqueluche, mais ce n'est qu'un rhume, l'embonpoint se maintient. Le régime est un peu plus varié; les œufs à la coque, le tapioca, le racahout sont bien acceptés, mais le


Fig. 15.

lepsie symptomatique, lorsque surtout l'épilepsie date de l'enfance et qu'il n'y a pas de signes manifestes de sclérose ou d'atrophie cérébrales. D'une façon générale, nous dirons donc que lorsqu'on se trouve en présence d'une épilepsie survenue avant 20 ans, sans traumatisme, on a les plus grandes chances pour avoir affaire à de l'épilepsie essentielle, ce qui n'est pas indifférent pour le pronostic, sinon pour le traitement.

Les centenaires. — Voici d'après la plus récente *Statistique officielle* communiquée à l'Académie des sciences le mois dernier le nombre des centenaires en France. Il est de 70 environ. Le doyen actuel de ces centenaires serait un nommé Rives, habitant à Tarbes, porte par son acte de baptême comme né le 21 août 1770, en Espagne: il aurait donc actuellement 118 ans et il jouirait d'une parfaite santé. Après lui viendrait une femme de 114 ans, née en 1774, et qui habite le département de l'Ardèche. En dehors de ces deux cas de longévité exceptionnelle, l'âge de 105 ans paraît être la limite extrême de la vie en France.

Enfants assistés en Algérie. — A la suite de la donation de terrains par l'abbé Roudille, donation à laquelle il avait mis pour condition que le 1er janvier 1889 il y aurait commencement d'exécution, de la fondation d'une colonie d'enfants assistés, M. Peyron part pour l'Algérie ainsi que MM. Péan, Chassaing, Levraud, Chautemps, composant la Commission nommée par le Conseil général de la Seine. Tous, y compris les délégués de l'Assistance publique, doivent se trouver réunis fin septembre, sur le territoire de la future colonie, à Ben Chikao afin de prendre les dispositions définitives.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le rôle pathogénique de la croissance.

L'affaiblissement qui résulte d'une croissance rapide se traduit par des troubles variés et prédispose à de véritables maladies. Le grand public exagère peut-être le rôle pathogénique de la croissance, je ne connais pas de médecin qui le nie sans restriction.

Je vais essayer d'embrasser, dans une vue d'ensemble, les différents états morbides qui, dans la seconde enfance, sont en relation avec la croissance.

Cette croissance rapide, qu'elle survienne dans les conditions physiologiques, ou qu'elle succède à une maladie aiguë, se traduit par l'allongement du squelette. Les épiphyses des os longs sont le siège d'un travail qui frise l'inflammation, qui l'appelle parfois (ostéites et ostéomyélites des jeunes sujets); mais sans rapporter directement à la croissance ces accidents infectieux auxquels elle prédispose, on ne peut méconnaître les relations étroites qui unissent la croissance à certaines exostoses et hypérostoses qui sont comme le témoignage irrécusable d'une formation osseuse exagérée.

Ces productions qui viennent se greffer sur les os des adolescents, au voisinage des points qui sont le siège du travail d'accroissement en longueur des os, méritent donc bien le nom d'*exostoses de croissance*.

Sans aller si loin, le développement osseux exalté par la croissance, se traduira par différentes manifestations cliniques qu'on aurait tort de négliger. Ce sont des douleurs spontanées au niveau des diaphyses ou plus souvent sur les épiphyses, au voisinage des articulations, du genou principalement qu'on trouvera douloureux à la pression, à la marche, aux mouvements communiqués.

Faut-il rapporter les céphalalgies de croissance aux os du crâne? Le doute est permis. Quant à la *fièvre de croissance* que M. Bouilly a étudiée en corrélation avec ces douleurs osseuses, elle n'est pas encore suffisamment établie.

Ce qui est certain, c'est que la douleur ne reste pas localisée au système osseux,le premier est le plus touché par la croissance; elle présente des irradiations multiples qu'il faut indiquer.

Sans doute, il faut tenir grand compte ici des tempéraments et des idiosyncrasies pour comprendre la diversité des tableaux cliniques.

Tel sujet accusera des douleurs vagues occupant tous les membres ainsi que la tête et le tronc; ces douleurs s'accompagnent d'inaptitude physique et intellectuelle. L'enfant qui, avant la croissance, était actif et intelligent, refuse maintenant de travailler; tout mouvement, tout effort intellectuel lui est à charge.

précisé dans ces faits, ces deux intoxications pouvant se montrer fort différentes l'une de l'autre, comme l'enseigne M. Lancereaux, qui a vu de semblables attaques hystériformes dans l'absinthisme aigu.

Quel est, dans ces cas, le rôle de l'intoxication ? Quel est celui de l'hystérie ? La névrose serait prédominante : en effet, l'hémianesthésie cérébrale disparaissant sous l'influence des courants, l'apoplexie, les vertiges, les attaques, les contractures, le mutisme, qu'on retrouve dans les observations, soit bien des phénomènes hystériques; on y peut joindre l'état moral des sujets, et leur caractère bizarre. Quant à la valeur de l'intoxication alcoolique comme cause occasionnelle de l'hystérie chez un sujet héréditaire, elle serait moindre que l'intoxication saturnine ou mercurielle. Le type est moins pur; les observations épluchées permettent de relever un certain nombre de tares; hérédité, scrofule, syphilis, traumatisme, qui diminuent la part du poison chez les hystéro-alcooliques. L'auteur se demande si le rôle des essences, absinthe, wintergreen, etc., n'est pas à étudier davantage, surtout après les recherches de Magnan sur l'épilepsie absinthique. Comme conclusions, l'auteur, en présence des hystéries toxiques de cause externe; saturnisme, alcoolisme, hydrargyrisme, se demande si les *auto-intoxications* ne pourraient pas donner, dans certains cas, des phénomènes semblables. C'est ainsi qu'on pourrait peut-être, dit il, rattacher à l'hystérie les hémiplégies et hémianesthésies urémiques qui ont été publiées dans ces derniers temps, et même quelques-uns des accidents nerveux du diabète.

Alex. P.

Monoplégie anesthésique ; par Adamkiewicz. (*Wiener med. Blätter*, 1887.)

Dans le premier cas il s'agit d'une jeune fille Polonaise de 19 ans, chez laquelle sans cause connue étaient survenues des douleurs dans le bras droit avec formation de bulles sur la main et les doigts et anesthésie complète de tout le bras droit. La guérison ne survint qu'au bout d'un temps assez long par l'emploi de l'électricité suivant le mode catalytique (kathode alternativement au niveau des trous intervertébraux et du grand sympathique cervical; anode sur les troncs nerveux du bras, courants faibles, — Adamkiewicz pense qu'il s'agit là d'une lésion des racines postérieures et des ganglions intervertébraux; il écarte complètement le diagnostic d'hystérie chez cette malade. (Il nous semble au contraire à peu près certain qu'il s'agit là d'une de ces anesthésies en manchons des membres, particulièrement décrites par M. Charcot dans les cas d'hystéro-traumatisme).

Le second cas a trait à un homme qui depuis plusieurs mois ressentait dans tout le territoire de la jambe droite une sensation très désagréable de chaleur et d'arrachement, puis ce fut le tour de la gauche. Au moment où Adamkiewicz examina cet homme il constata une analgésie absolue de toute l'extrémité inférieure droite; en haut cette analgésie avait les limites suivantes : sur la partie antérieure une ligne commençant un peu au dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure et se dirigeant obliquement vers la symphyse; en arrière l'analgésie remonte jusqu'à une zone parallèle à la crête iliaque et au bord inférieur du thorax et allant à peu près jusque vers la ligne médiane du rachis.

Dans ce cas comme dans le précédent, M. Adamkiewicz pense que cette « Monoplégia anæsthetica » est due à une affection des racines postérieures de la moelle. (Comme nous l'avons dit plus haut, nous pensons que c'est d'une anesthésie hystérique qu'il s'agit encore ici.

Pierre Marie.

Fracture comminutive des os du crâne. — Blessures du cerveau avec pertes de substance cérébrale. — Hernie du cerveau consécutive. — Guérison complète avec soudure des fragments et sans aucune paralysie consécutive ; par le Dr Gerardo Marcellini (Extrait de la *Gazzetta degli Ospitali*, n° 88, 1887).

Ce fait intéressant a trait à un enfant de 5 ans, qui fut blessé par un coup de pied de mule dans la région temporo-pariétale droite. Les extrémités du fer avaient fait deux plaies profondes et étendues, l'une au dessus de l'oreille, l'autre au voisinage de la suture bi-pariétale; il existait au niveau de ces deux plaies un enfoncement notable, et dans leur intervalle la palpation donnait la sensation de sac de noix. L'enfant était dans un coma profond, avec de la respiration de Cheyne-Stokes, un pouls fréquent et intermittent, de la paralysie faciale gauche et de la parésie des membres du même côté. Le Dr Marcellini, après un examen prudent et discret, fit un pansement antiseptique des plus soignés avec le sulfo-phénate de zinc, sans aucune intervention préalable, que contr'indiquait d'ailleurs l'extrême gravité de l'état du malade. Le lendemain, amélioration sensible, malgré la persistance de l'hémiplégie et du coma; la sensibilité est intacte ; au moment du pansement, on constate l'issue de matière cérébrale et de liquide céphalo-rachidien. Le 4e jour, l'hémiplégie commence à disparaître, mais la paralysie de la face et de la langue persiste encore, ainsi que le coma. Au 8e jour, hernie du cerveau par la blessure supérieure. Au bout de 18 jours, la fièvre est tombée, l'enfant va aussi bien que possible et mange de grand appétit. La hernie se réduit peu à peu par mortification superficielle. On continue toujours le même pansement. Au 66e jour, les os commencent à perdre leur mobilité. Enfin, au bout du 3e mois, la cicatrisation est complète, sans issue d'esquilles, et la réunion osseuse est solidement effectuée partout ; toutes les facultés, tous les sens, tous les mouvements, tant des membres que de la face et de la langue, sont revenus à l'état normal.

L'auteur termine son travail par quelques courtes considérations sur les localisations cérébrales, et sur la puissance du pansement antiseptique comme moyen préventif des complications, autrefois si constamment funestes, des blessures du cerveau.

Ch. H. Petit-Vendol.

De las fracturas del cráneo y de la trepanacion; par le Dr D. Enrique de Areilza (Barcelone, 1887).

Le Dr D. Enrique de Areilza a pu, grâce à sa position de directeur de l'Hôpital des mines de Triano, observer et traiter en peu d'années un nombre assez considérable de fractures du crâne, et il a publié sur ce sujet une série d'articles dans la *Revista de Ciencias Medicas de Barcelona* : c'est la réunion de ces articles qui constitue la brochure que nous avons à analyser. La partie clinique se compose de 27 observations, présentant toutes un réel intérêt clinique, et que l'auteur a eu le bon esprit de réduire à l'énumération des symptômes principaux et caractéristiques ; il a écarté de son travail les faits de fractures avec délabrements énormes, suivies de mort rapide, ces cas n'ayant plus aucune valeur pratique, en raison de leur extrême gravité. La seconde partie est consacrée à des déductions relatives aux localisations cérébrales et aux indications du trépan. En ce qui concerne les localisations, l'auteur termine l'analyse très soignée de ses observations par cette conclusion, que « les traumatismes cérébraux qu'il a observés ne donnent pas grande valeur à la théorie des localisations », mais non sans avoir discuté auparavant les conditions diverses qui, dans les cas de traumatismes cérébraux, viennent obscurcir le diagnostic du siège des lésions et compliquer l'interprétation des phénomènes morbides. L'une des observations du Dr De Areilza apporte une confirmation clinique aux opinions émises par M. Luys sur les mouvements du cerveau : le malade auquel elle se rapporte eut, à la suite d'une fracture du frontal, un abcès cérébral qui fut traité avec succès par la trépanation, et l'on put, après l'opération, constater de visu non seulement « les mouvements intrinsèques d'expansion et de rétraction, mais aussi les changements de position en rapport avec les différentes attitudes du corps » : le malade étant dans le décubitus dorsal, on voyait le cerveau s'écarter de la paroi crânienne dans une assez notable étendue ; dans le décubitus abdominal, au contraire, il se rapprochait de la paroi en effaçant la cavité intermédiaire, et le chirurgien utilisa cette dernière position pour favoriser la cicatrisation du foyer de suppuration. L'auteur s'occupe ensuite de la trépanation aux divers points de vue de ses indications, de ses résultats et de sa technique; il considère cette opération comme « essentiellement bénigne », à la condition, bien entendu, qu'elle soit pratiquée avec toutes les pré-

cautions de la méthode antiseptique. Viennent enfin quelques considérations sur le mécanisme des fractures du crâne, et deux observations récentes, l'une de fracture avec enfoncement du frontal, suivie de phénomènes épileptiques, l'autre de fracture du pariétal gauche avec blessure de l'artère méningée moyenne, qui toutes deux sont des faits de guérison après trépanation. En somme, étude consciencieuse et instructive, sur des faits bien observés et sagement interprétés.

Ch.-H. Petit-Vendol.

Notes sur deux cas de septicémie aiguë à forme gangréneuse ou gangrène foudroyante du membre supérieur, désarticulation de l'Epaule, guérison; par le Dr A. Paquet (de Lille). — *Bulletin médical du Nord*, n° 12, 1887.

Les deux faits en question que rapporte M. le professeur de la clinique chirurgicale de Lille sont très intéressants et encourageants, puisqu'il s'agit de deux cas de guérison après désarticulation de l'épaule pour des gangrènes foudroyantes du membre supérieur. Ils montrent que le chirurgien n'est pas tout à fait désarmé en présence de cette complication si grave des plaies, qui, aujourd'hui heureusement, s'observe assez rarement. Ces deux succès de M. Paquet viennent s'ajouter à ceux publiés par Maisonneuve et Le Dentu. Voici le résumé de ses deux observations: 1er *cas :* Garçon de 16 ans, plaie du coude droit par arrachement, luxation du cubitus; le lendemain de l'accident, pouls radial perceptible, température de l'avant-bras droit, 34°.4, du gauche 36°.5. Pansement antiseptique. Le soir même, main froide, bras verdâtre, pouls imperceptible. 24 heures après, abattement très grand, gangrène gazeuse type. Séance tenante, désarticulation de l'épaule par le procédé de Larrey, modifié par Malgaigne. Drain. Pansement antiseptique ; 20 jours après l'opération, la plaie est cicatrisée. 2e *cas :* Ecrasement du radius et du cubitus lors d'une chute d'un arbre élevé chez un enfant de 13 ans. 2 jours après l'accident, le malade, admis à l'hôpital, présente de la teinte livide des téguments, du refroidissement de la main, la disparition du pouls radial. Pansement antiseptique. Le lendemain, prostration très grande; la teinte bronzée remonte jusque dans le creux de l'aisselle. Désarticulation de l'épaule immédiatement. Guérison en quatre semaines.

Nous ferons remarquer seulement que les deux malades atteints et opérés étaient des enfants : l'un avait 13 ans, l'autre 16 ans ; ils jouissaient antérieurement d'une bonne santé et n'avaient pas commis d'excès alcooliques. C'est un point sur lequel a insisté aussi M. Paquet. Ce chirurgien ajoute qu'on ne doit pas craindre d'intervenir dans ces cas, alors même que la teinte bronzée remonte jusqu'à l'aisselle. Une partie d'un lambeau peut être atteinte sans qu'il se sphacèle après l'opération.

Marcel Baudouin.

Deux cas de fracture de la base du crâne ; par le Professeur Aug. Reverdin (de Genève). — *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 20 février 1888.

M. Reverdin rapporte deux cas de fractures de la base du crâne suivis de guérison. Pour la première malade, la guérison date de 2 ans et demi. — A ce propos, M. Reverdin insiste sur les points suivants : 1° Un symptôme spécial, un *craquement assez fort de l'articulation de la mâchoire* pouvant être provoquée par le malade, facile à sentir au doigt et à entendre. Ce fait, qu'il a vu deux fois déjà, n'a pas été signalé. 2° Une fracture de la base du crâne avec épistaxis et otorrhagie est une fracture compliquée, ou plutôt, pour parler plus clairement, une *fracture exposée*; il faut donc la traiter comme telle et fermer de suite toutes les issues faisant communiquer le foyer avec l'extérieur. Voici ce qu'on fera : désinfection par des lavages antiseptiques des cavités nasale, et de l'arrière gorge (sublimé à faible dose ou acide borique) et des cavités auditives. S'il est peu pratique de faire un pansement occlusif pour le nez, on devra au contraire ne pas manquer de remplir le conduit auditif d'iodoforme en poudre et l'obturer par un tampon d'ouate iodoformée. — M. Kirmisson a insisté sur l'importance de ce tamponnement de l'oreille à une récente séance de la Société de chirurgie; M. Reverdin croit bon de compléter le traitement par les lavages antiseptiques du nez et de la cavité nasopharyngienne.

Marcel Baudouin.

Contribution à la pathogénie de la maladie de Bright; par le Dr Paul Snyers. — Bruxelles, 1885.

Deux opinions sont en présence : la lésion rénale prime tout, la lésion rénale est secondaire à la lésion humorale. Les expériences instituées par l'auteur, si elles ne sont pas décisives, indiquent tout au moins qu'une dyscrasie albumineuse expérimentale est incapable de produire le mal de Bright. L'albuminurie provoquée par l'injection de blancs d'œuf est transitoire, les reins ne sont pas lésés, et l'albuminurie elle-même ne mérite pas le nom d'*albuminurie pathologique*. Ces conclusions sont peu favorables à la théorie humorale de M. Semmola.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu.

Extrait d'un mémoire présenté par les médecins de l'Hôtel-Dieu a l'Administration de cet hôpital.

1756. *Novembre.* — Observations générales. — MM. les Administrateurs de l'Hôtel Dieu ayant fait aux médecins de cette maison, l'honneur de les consulter sur les *abus* qu'ils pourroient avoir observé dans le service des malades et sur les moyens d'y remédier, les médecins se sont fait un devoir essentiel de seconder le zèle de MM. les Administrateurs, et de répondre à la confiance qu'ils leur ont marqué dans cette occasion, en satisfaisant dans le plus grand détail à la réquisition qui leur a été faite. Ils observent premièrement en général que la réforme des abus est une affaire très épineuse et très délicate, en ce que les abus, en ce qu'ils sont anciens, ont des *partisans et des protecteurs*, et plus souvent encore, parce qu'il y a *des gens intéressés aux abus*, de sorte qu'en voulant les réformer on ne fait souvent qu'aigrir et aliéner les esprits, sans réussir dans le bien qu'on proposoit de faire ou de procurer. . . .

Une seconde observation générale que font les médecins, c'est qu'il est impossible de réformer les abus, à moins que toutes les personnes employées au service des malades, sans exception, ne s'y prêtent avec zèle et sincérité. . . .

3° Les médecins observent en général que la façon d'agir à l'Hôtel Dieu est absolument différente de celle qui se pratique dans tous les hôpitaux du royaume, et n'est dirigée ni assujettie par aucun principe. . . . .

4° Il est nécessaire d'observer en général qu'il faudroit faire en sorte que les religieuses *ne se prévinssent pas contre les remèdes ni contre le régime prescrit par les médecins.* Il n'est pas sans exemple que les unes soient prévenues pour ou contre la saignée, d'autres contre l'émétique, d'autres contre le kermès minéral, d'autres contre le quinquina, d'autres contre les vésicatoires, etc., et que suivant ces différentes préventions, l'administration de ces remèdes essentiels se trouve retardée dans les différentes salles de l'Hôtel Dieu, au grand préjudice des malades. . . . .

Observations particulières des aliments. — La quantité du pain, de la viande, du vin, des volailles, etc , que l'on fournit aux malades ne laisse rien à désirer ; mais la distribution des alimens présente un vaste champ à un grand nombre de réflexions intéressantes... Il est absolument indispensable que les religieuses veuillent bien s'en rapporter à ce que les médecins prescrivent par rapport au régime... Rien n'est plus ordinaire que les médecins soient obligés de faire retirer des demi-pains qui ont été distribués à des malades le jour même qu'ils doivent être saignés du pied, après avoir été saignés jusqu'à deux fois la veille, ou bien le jour même où ils ont à prendre des boissons émétisées. Il arrive journellement que des purgatifs ordonnés ne peuvent être administrés, ou que les médecins ne peuvent purger les malades qui en ont besoin, parce que, dès le grand matin, on a donné une soupe très forte et très épaisse à ces malades. Ce sont des abus très essentiels à réformer..... On doit absolument supprimer tout aliment solide pendant la nuit, il est absurde de réveiller les malades pour leur donner des œufs et autres espèces de nourriture, le bouillon doit suffire pendant la nuit, lorsqu'il est nécessaire de faire prendre quelque chose à un malade... En général, les soupes qui se distribuent toutes faites aux malades sont très mal entendues et très mal ordonnées, ce sont de très gros morceaux de pain qui, à force de bouillir, sont devenus racornis et gluans comme de la colle ; souvent ces soupes sont composées avec des légumes et de l'ognon, et pour comble de malheur, la distribution de cette soupe dégoutante *est ordinairement confiée à des novices* qui ne connoissent pas ou qui ne distinguent pas assés les malades, *ou bien à une sœur ou à un infirmier peu intelligent* qui donnent indistinctement de la soupe à tous les malades qui en demandent, *et même à ceux qui n'en demandent pas*, et qui en mettent dans toutes les écuelles qu'on leur présente. . . . .

Lorsqu'après la distribution faite dans les salles, il reste de la viande, c'est un abus que de donner des rations superflues à des malades des autres salles... Il est nécessaire que la viande superflue soit très fidèlement et très exactement renvoyée à la cuisine. . . . .

Mêmes abus pour le vin.

. . . .

C'est une régularité mal entendue et un abus considérable que de donner des légumes, de la bouillie et des alimens maigres les vendredi et samedi, et les autres jours d'abstinence aux malades convalescens ; car si on les juge en état de faire maigre, ils sont encore plus en état de sortir de l'Hôtel Dieu... Un abus encore bien plus préjudiciable, c'est celui de donner dans toutes les salles de l'Hôtel Dieu, le vendredi saint, des harengs, de la morue, de la carpe et des légumes préparés avec du beurre et en fricassée, bien loin que ce soit pour les malades un jour de mortification, ils le regardent au contraire comme un jour de plaisir et de bonne chère. On voit des gens qui sortent des maladies les plus dangereuses, des poumoniques, des dissentériques, etc., dont on a eu toutes les peines du monde à calmer les accidents, se gorger avidement de ces fricassées et retomber dans des accidens encore plus cruels et plus obstinés. Les médecins attestent qu'il n'y a pas de salle dans l'Hôtel Dieu où cette dévotion mal entendue *ne fasse périr chaque année plusieurs malades de la façon la plus marquée, sans compter les récidives nombreuses qui deviennent fort à charge à la maison.* C'est un abus très considérable que d'abandonner à *une sœur servante* ou à un *convalescent grossier* la distribution des alimens qui est un des services de l'Hôtel Dieu de la plus grande importance.

Viennent ensuite différents articles sur les *lits des malades*, la *propreté des salles*, les *visites des médecins*. Ces articles fort intéressants montrent le pitoyable état dans lequel se trouvait l'Hôtel-Dieu.

Le mémoire des médecins se poursuit par un article sur *les femmes enceintes et accouchées*. Malgré l'interdiction formelle de la salle au public, on y apporte cependant toutes sortes d'aliments du dehors.

« Les alimens de la maison devroient leur suffire, et la porte de la salle devroit être remise à *une personne de confiance* (1) qui ne la quittat jamais et qui ne laissat rien entrer du dehors. . . . .

Des infirmiers. — Pour faire les gros ouvrages de l'Hôtel Dieu, les religieuses sont obligées de prendre des hommes et des femmes qui relèvent de maladie et que pour cette raison, on appelle des convalescens. On récompense ces gens de leur travail en leur donnant un surcroit d'alimens, en pain, en viande et en vin, ce qui entraîne les plus grands abus : 1° pour avoir plus d'alimens, on voit des gens encore malades ou trop faibles se mettre à travailler, ce qui les fait récidiver... Enfin, on voit ces convalescens se perpétuer dans les salles pendant des années entières, et être alternativement malades et infirmiers ce qui est fort à charge à la maison et aux malades. Les salaires que l'on paie en alimens paroissent ne rien coûter à la maison et cependant rien n'est réellement aussi dispendieux par la prolongation des maladies, par les récidives qu'ils *occasionnent*.

De plus, les convalescents vendant aux malades une partie des aliments, fruit de leur travail, il en résulte dit le mémoire des médecins :

« Que ce qui produit 2 à 3 sols à ces convalescens par la vente qu'ils en font, en a coûté au moins 10 à la maison.. »

Suivent les signatures des médecins :

LEHOC, FONTAINE, BARON, DEJEAN, BELLETÊTE, PAYENET, MAJAULT.

Le 20 décembre 1758, les administrateurs se décidèrent à mettre fin à un abus existant depuis les temps les plus reculés dans l'Hôtel Dieu Tous les ans, à la fête de Noël, le peuple de Paris avait l'habitude de se rendre à l'Hôtel Dieu. Sur les autels, dressés dans chacune des salles de cet hôpital, on disait non seulement la *messe de minuit*, mais aussi une série de messes tout aussi inutiles que cette dernière, qui avaient pour but d'importuner les « graves malades ».

Les chapelains, sous prétexte de conserver les traditions chrétiennes, achevaient, par cette affluence qu'ils amenaient dans les salles de l'Hôtel Dieu, de faire mourir nombre de braves gens, que la science des médecins aurait pu guérir. Il est vrai que pour eux, cela était profit : quêtes dans l'établissement et enterrements d'une foule de malades. (Comme on le sait, les enterrements étaient d'un rapport excellent pour les chapelains).

Les administrateurs laïques, combattent toujours le spirituel. Malheureusement, la toute puissance du Chapitre de Notre-Dame se fait toujours sentir. Les bonnes intentions du Bureau ne sont jamais suivies. La Révolution seule y mettra un terme.

Le 30 décembre 1772, un incendie considérable détruit une partie de l'Hôtel Dieu (1). Il se fait alors un semblant de paix entre les administrateurs et le clergé. Ces derniers viennent en corps remercier l'archevêque de Paris pour la part prise par lui au malheur arrivé à l'Hôtel Dieu. Ce prélat avait fait meubler la majeure partie de son palais pour loger et nourrir le plus grand nombre possible de religieuses. Le sieur Guichard, traiteur, fut chargé « *aux frais du chapitre* » de la nourriture des sœurs, comme pain, vin, viande et dessert, dans des endroits dépendans de la maison de M. Malaret, chanoine et archidiacre de Notre-Dame, et un des supérieurs spirituels de l'Hôtel Dieu. A. ROUSSELET.

(1) On sait qu'une religieuse faisait l'office de « *portière des accouchées.* »

(1) L'Hôtel-Dieu avait déjà été incendié en 1693, 1694, 1725, 1737 et 1748. A la suite de l'incendie de 1772 le Bureau de l'Hotel Dieu vint demander au roi de transporter l'Hôtel Dieu dans l'île des Cygnes, au-dessous de l'Ecole militaire.

Ecole de garde-malades à Bruxelles.

Projet d'organisation et de règlement. — I. Il est créé à Bruxelles un cours gratuit de soins à donner aux personnes malades, convalescentes ou en couches, comprenant également l'indication sommaire des premiers secours à porter en cas d'accidents, avant l'arrivée du médecin.

2. Pour être admis à suivre le cours, il faudra : *a*) Adresser une demande à l'administration communale ; — *b*) Etre âgé de 25 ans ; — *c*) Produire un certificat de bonne conduite ; — *d*) Savoir lire et écrire ; posséder les notions de l'arithmétique (nombre entiers, nombres décimaux, fractions ordinaires) e quelques éléments du système métrique (particulièrement les mesures volumétriques au dessous d'un litre, et les poids au dessous d'un kilogramme).

Ces matières font l'objet d'un examen à passer devant le professeur du cours (ou devant un directeur d'école primaire). Un certain nombre de membres du corps enseignant de la ville pourraient être autorisés à suivre la partie théorique du cours à la seule condition d'avoir l'âge prévu par le présent règlement.

3. Le cours se compose de deux parties : *a*) Un cours théorique d'une durée de six mois ; — *b*) Un cours pratique, comprenant un stage de six mois également, dans les établissements hospitaliers de Bruxelles.

Les élèves du cours théorique sont en nombre indéterminé ; le nombre des élèves du cours pratique est provisoirement limité à douze. Ne sont admis à ce cours que ceux qui ont satisfait à un examen sur le cours théorique, et désirent obtenir le diplôme de garde-malade.

4. L'école est subsidiée par la ville de Bruxelles, et organisée par celle-ci de commun accord avec le Conseil d'administration des hospices.

5. Le cours théorique se donne une fois par semaine, le soir, dans un des trois principaux établissements hospitaliers de Bruxelles, par un médecin des hospices, nommé à cet effet par l'administration communale. Le cours théorique commence le 1er mai et se termine le 1er novembre ; le stage dans les hôpitaux commence le 1er novembre et se termine le 1er mai.

6 *Le cours théorique comprend :*

A). Des renseignements généraux, tels que : Précautions à prendre pour transporter les malades ; — Moyens de maintenir les malades atteints de délire agité ou furieux ; — Procédés pour aérer ou désinfecter les chambres à coucher ; — Procédés pour désinfecter les vases, linges, literies, etc.; surtout en cas d'affections épidémiques ou contagieuses ; — Meilleur moyen d'éclairage des chambres des malades, le jour et la nuit; — Soins de propreté à donner aux appareils de protection, tels que toiles cirées, objets de caoutchouc, etc., et à certains instruments spéciaux, tels qu'urinaux, seringues à injections, etc. ; — Moyens de prévenir les escharres chez les malades qui gardent longtemps le lit. Dans cette partie du cours théorique, il faut apprendre aux élèves à observer constamment

les malades, de telle façon qu'ils puissent renseigner le médecin sur :

L'état de l'appétit, l'état du sommeil, l'état de l'esprit, la nature des secrétions, la présence le cas échant, de taches, de rougeurs, de gonflements, ou d'éruptions localisées dans telle ou telle partie du corps ; l'existence d'accès de fièvre dans l'intervalle des visites du médecin ; la nature ou la fréquence de la toux, etc.

B. — Des renseignements spéciaux : Ceux-ci peuvent être rangés pour la facilité de l'étude en deux catégories :

1° *Cas de médecine* — Administration et application des médicaments ; *Solides* : Poudres, pilules, etc. ; application des onguents et précautions spéciales pour certains d'entre eux ; suppositoires ; manière de diviser la glace. — *Liquides* : Potions ; contenu des différentes cuillers ; instruments permettant aux malades de boire, étant couchés ; usage des compte-gouttes ; gargarismes ; application des teintures, de collyres, etc. — *Gazeux* : Inhalations de gaz ; fumigations ; inhalations ; pulvérisations. Applications de quelques médicaments dangereux ou exigeant des précautions spéciales, tel que : huile de croton, teinture d'iode, perchlorure de fer, farine de moutarde. Préparation et administration des boissons prescrites aux malades : Eaux ; limonades ; tisanes ; macérations ; infusions, décoctions. Moyens de faire certaines préparations alimentaires, telles que : Lait de poule, soupes au lait, grogs, cacao, crêmes, etc. ; différentes manières de préparer les œufs, bouillon de veau, bouillon de bœuf, thé de bœuf, consommé, jus de viande, extrait de viande, gelée de viande, boulettes de viandes crue, viande hachée destinée à être mangée crue, etc. Préparation et administration des bains généraux et des bains locaux. Préparation et administration des différentes espèces de lavements : alimentaires, médicinaux, purgatifs. Application de sangsues, ventouses sèches, ventouses scarifiées, vésicatoires, sinapismes. Pansement des vésicatoires, des cautères, des sétons. Confection et application des différents cataplasmes, farine de lin, fécule de pommes de terre, etc. Divers modes d'application de la chaleur : cataplasmes, sable chaud, flanelles. Connaissances des fleurs, feuilles, racines, poudres, liquides, le plus souvent employés pour les tisanes, frictions, etc. Modes d'application des lotions, des douches, des injections et des frictions. Récolte totale de l'urine. Application et lecture du thermomètre. Manière de faire des injections sous-cutanées.

2° *Cas de chirurgie.* — Préparation de la colle de pâte (empois d'amidon). Confection des bandes. Manière de les rouler et de les appliquer. Renseignements divers concernant les compresses, la charpie, l'ouate, les attelles de zinc, de bois, de carton, etc. Pansement des brûlures, des escarres, des plaies, des ulcères. Application de pommades, de taffetas, de guttapercha (en feuilles), de sparadrap, de solutions médicamenteuses, etc. Application de bandages herniaires, de ventrières, d'appareils spéciaux pour femmes, etc.

C. — *Les soins à donner dans des cas particuliers.* — Soins particuliers à donner aux malades atteints de fièvre. Soins particuliers à donner aux malades atteints de maladies contagieuses. Soins particuliers à donner aux malades atteints de maladies chroniques (cancéreux, etc.). Soins particuliers à donner aux aliénés, aux femmes en couches, aux enfants en bas âge, aux convalescents.

D. — *Les premiers secours à porter en cas d'accidents,* tels que : Asphyxie par strangulation, pendaison, immersion, brûlures, empoisonnements, entorses, fractures, luxations, évanouissement, hémorrhagies, morsures, plaies, etc.

7. Les élèves qui ont suivi avec assiduité le cours théorique pendant six mois et qui désirent faire le stage de garde-malades dans les hôpitaux, doivent préalablement passer un examen de capacité devant le professeur du cours. Celui-ci, avec l'approbation de l'administration des hospices, dresse la liste de ceux qui auront accès dans les salles des hôpitaux et désigne l'ordre suivant lequel ils fréquenteront les différents services.

8. Le cours pratique, ou stage, est organisé de la manière suivante :

Chaque élève passe successivement un mois dans plusieurs ou dans tous les services désignés ci-après : *a*) Un service de médecine (à St-Pierre et à St-Jean) ; — *b*) Un service de chirurgie ; — *c*) Le service des aliénés ; — *d*) Le service des maladies de la peau (sauf les salles de prostituées) ; — *e*) La Maternité ; — *f*) Le service des Enfants.

Le chiffre maximum des élèves admis dans une période de six mois sera provisoirement de douze ; dans ces conditions, le service des aliénés et celui des maladies de la peau pourront seuls recevoir deux élèves à la fois. Pour les autres, il n'y aura jamais qu'un elève par service.

Les élèves garde-malades se rendront tous les matins à partir de 7 heures dans les salles qui leur seront désignées (sur une carte de fréquentation) ; ils assisteront jusqu'à midi à tous les soins quelconques qui pourraient être donnés aux malades, ainsi qu'aux opérations chirurgicales, etc., mais ils ne pourront jamais, sous aucun prétexte, ni se mettre en rapport direct avec un malade, ni toucher aux instruments ou appareils dans les salles ou dépendances où ils se trouveront.

Les élèves garde-malades n'assistent pas aux leçons de clinique données aux étudiants de l'Université ; les élèves du sexe masculin ne fréquentent que les salles d'hommes ; les élèves du sexe féminin ne fréquentent que les salles de femmes.

Les mesures qui précèdent ont pour but d'éviter le trouble ou le désordre qui pourraient se produire par la présence, dans les salles, de personnes étrangères aux services ; de plus, par l'application rigoureuse de ces mesures, il sera impossible d'imputer à ces mêmes personnes la responsabilité de fautes ou d'accidents auxquels elles seront restées étrangères.

Toutefois, afin de faciliter et de compléter l'éducation pratique des élèves garde-malades, le professeur du cours désignera, dans le personnel des hôpitaux, un infirmier et une infirmière qui seront chargés de leur fournir une fois par semaine, dans une salle à ce destinée (une des salles de consultation, par exemple), des répétitions pratiques et aussi tous les renseignements complémentaires qui pourraient leur être utiles (tels que : manière d'habiller ou de déshabiller un malade paralysé ou atteint d'une fracture ; manière de le changer de lit, etc.).

La fréquentation de ces répétitions sont obligatoires, et le programme en est dressé par le professeur ; celles-ci sont données aux femmes à l'hôpital Saint-Jean, par une infirmière ; aux hommes, à l'hôpital Saint-Pierre, par un infirmier.

Ces deux répétiteurs recevront, à titre de subside de la ville, une somme de 50 fr. par élève obtenant son diplôme (total maximum pour 12 élèves, 600 fr. par an).

9. Après avoir suivi les deux cours dans les conditions indiquées ci-dessus, les élèves peuvent se présenter devant un jury spécial chargé de les examiner théoriquement et pratiquement sur les matières enseignées. Lorsqu'ils ont satisfait à cet examen, il leur est délivré gratuitement un diplôme de garde-malades.

Le jury se compose de trois membres : 1° Un membre du Conseil général des hospices, président ; 2° Un médecin, membre de la Commission médicale du Brabant ; 3° Le professeur chargé du cours.

Pour compléter l'organisation décrite plus haut, il sera tenu, au bureau de la permanence de police, à l'Hôtel-de-Ville, un registre portant les noms et adresses des garde malades diplômés des deux sexes. Chaque fois que l'un de ceux-ci sera placé, il sera tenu d'en informer immédiatement le bureau indiqué ci-dessus. L'existence de ce bureau sera annoncée à tous les médecins.

Le traitement alloué aux infirmiers et aux infirmières des hôpitaux se composerait de deux parties : l'une équivalente au salaire payé actuellement, — soit de 25 à 35 fr. par mois, — leur serait payée directement ; l'autre serait versée à un fonds de réserve, de manière à leur constituer, au bout de dix années de bons et loyaux services, un capital de 2 800 fr.

Celles ou ceux qui auraient servi durant une période de 25 ans, jouiraient d'une pension annuelle et viagère de 1.080 fr. Les infirmiers ou infirmières qui quitteraient avant dix ans de service révolus, perdraient tout droit à une répartition quelconque. Les infirmiers ou infirmières, atteints de maladie, seront soignés aux frais de l'établissement ; durant les trois premiers mois, ils jouiront de leur traitement plein ; ce traitement sera réduit de moitié pendant le restant du temps d'incapacité de service. (*Le Mouvement hygiénique*, n° 1, 1888).

Hygiène publique. Tout à l'Egout; dépotoirs, variole et vaccin.

Le Conseil d'arrondissement de Saint-Denis a émis plusieurs vœux intéressants au point de vue de l'hygiène : 1° il demande que l'étude du « Tout à l'égout » soit poussée activement, afin d'arriver à la suppression des dépotoirs suburbains; — 2° Que l'égout de Bondy soit reconstruit dans des proportions suffisantes et soumis au curage comme tous les autres ; — 3° Que la fabrique d'ammoniaque Lesage à Billancourt soit supprimée ; — 4° Que les mares d'évaporation qui existent encore à Courbevoie, Nanterre, etc., soient supprimées à bref délai ; — 5° Que tous les dépotoirs et boyauderies situées autour de Paris dans un rayon de 20 kilomètres soient supprimés ; — 6° Que l'évacuation de l'hôpital des varioleux d'Aubervilliers ait lieu dans le plus bref délai possible.

En ce qui concerne cette dernière question, nous rappellerons encore une fois la nécessité qui s'impose pour la Ville de Paris de créer un institut vaccinal municipal; de veiller à ce que la revaccination ait lieu régulièrement dans les écoles, dans les casernes municipales, dans les collèges ; que tous les convalescents qui sortent des hôpitaux soient revaccinés, que l'on cultive et récolte régulièrement le vaccin dans tous les services d'accouchements, que l'on accorde une récompense convenable aux médecins et aux vétérinaires qui pourraient fournir du cowpox.

Un Curé médecin.

« Ils vont bien MM. les curés, et l'on est à se demander où tous ces tripotages vont conduire le Corps médical ? On marche de Carybe en Scylla. Hier, c'était M. le curé de Brusthem qui, sans souci des lois qui nous régissent et destinées à protéger nos populations contre la fourberie et l'exploitation, sans égard ni respect pour tout ce qu'il y a de plus sacré : la santé et la vie des malheureux, s'était sottement imaginé qu'il pouvait mettre à l'encan, les emplois de médecins des bureaux de bienfaisance. Aujourd'hui, comme on va le voir, c'est le curé de Froidlieu, hameau de Sohier, province de Luxembourg, qui s'est improvisé médicastre et qui exerce ce métier interlope à la barbe des autorités. Comment la Commission médicale de la province de Namur expliquera-t-elle sa tolérance coupable, alors qu'elle a été informée des agissements de ce tonsuré, comme également d'un de ses collègues de même acabit, qui se croient la science médicale infuse ? Le prêtre ne connait absolument rien de la science et de la pratique médicales. Il agit en ignorant, en aveugle, et il s'expose à commettre des erreurs préjudiciables, même mortelles, par l'application de moyens intempestifs ou nuisibles, et, en tout cas, à retarder l'intervention du seul homme compétent, le médecin. » (*Le Scalpel*, 19 février 1888).

Le monopole de l'antipyrine.

La *Société de Médecine pratique* vient d'être saisie par un de ses membres d'une question qui préoccupe et même qui passionne beaucoup de pharmaciens et de médecins ; la compagnie parisienne des couleurs d'aniline, qui fabrique l'antipyrine avec le cachet de Knorr, prétend être seule à avoir le droit de vendre la *diméthyloxyquinizine* sous le nom d'*antipyrine* et se considère comme étant propriétaire exclusive de cette dernière dénomination. Cette prétention semble exorbitante à un certain nombre de médecins et de pharmaciens. Cette question du monopole de l'antipyrine a été renvoyée, par la Société de Médecine pratique, à l'examen d'une de ses sections, la section de déontologie, dont M. P. Vigier, rapporteur, a présenté les conclusions suivantes qui ont été adoptées à l'unanimité dans la séance du 2 février 1888 : La Société de Médecine pratique, saisie par un de ses membres d'une proposition tendant à donner un nom vulgaire, autre que celui d'*antipyrine*, au produit désigné par les chimistes sous le nom de *diméthyloxyquinizine* ; considérant que le nom d'*antipyrine*, qui sert à désigner la *diméthyloxyquinizine*, a été employé dans les recueils scientifiques de tous les pays pendant l'année 1884, c'est-à-dire au moins un an avant le dépôt de ce nom en France comme marque de fabrique ; considérant que l'*antipyrine* n'a servi, jusqu'à présent, qu'à des usages purement médicinaux et que la loi interdit en France les brevets portant sur un remède ou sur un médicament ; considérant, enfin, que les diverses réactions qui constituent la fabrication de la *diméthyloxyquinizine* sont connues depuis longtemps et appartiennent au domaine public ; émet l'avis que le nom d'*antipyrine* est usuel et sert à désigner, dans le langage médical et pharmaceutique, un médicament d'un emploi journalier qui doit faire partie du droguier de toutes les officines, et que les pharmaciens et les droguistes ont le droit de délivrer à leurs clients comme produit médicamenteux, la *diméthyloxyquinizine* sous le nom d'*antipyrine*, quelle que puisse être l'origine du médicament. (*Archives de pharmacie*, 5 février 1888).

Do vitam.

Ce procès devrait se raconter à la quatrième page du journal.

Il s'agit, en effet, d'un système qui, suivant l'inventeur, mettrait fin à l'un des maux, le plus grand peut-être, qui désolent l'humanité. La statistique démontre qu'il y a, rien qu'en France, plus de 2 millions de femmes stériles.

N'y a-t-il donc pas de remède à cette cause menaçante de décroissement de la population ? On a beaucoup parlé, il y a quelque temps, d'un système dont l'application a été critiquée et flétrie comme immorale et dangereuse. On se rappelle même peut-être, à ce sujet, certaine thèse hardie qui fut refusée par l'Ecole de médecine de Paris.

Pareille mésaventure ne pouvait arriver à M. Billebault du Chaffaut, l'inventeur qui nous occupe, car il s'est contenté de prendre un brevet pour son appareil le « fécondateur naturel, scientifique et automatique. »

Il est vrai que ce n'est qu'un brevet s. g. d. g., comme tous les autres, et, dans une brochure qui porte pour épigraphe : *Do vitam*, il s'empresse de déclarer : « qu'il est d'accord avec la religion, la morale et la loi ». Son invention, ajoute-t-il, « ouvre une voie nouvelle à la callipédie », et « ni l'âge mûr des conjoints ni leur apparente incapacité ne sont un empêchement dans la nouvelle méthode. »

Une pareille découverte demandait à être répandue et exploitée. Aussi, le 26 août dernier, une société civile en participation était-elle fondée entre l'inventeur, M. Billebault du Chaffaut, et MM. Clostre et Schwob, en qualité de commanditaires.

On louait un vaste appartement dans le centre de Paris ; on le meublait avec luxe, et l'on s'entendait avec un médecin qui devait opérer sous sa responsabilité.

En même temps était publiée la fameuse brochure qui portait sur sa couverture, comme une promesse, les mots : *Do vitam* ; et des époux, chaque jour plus nombreux, franchissaient le seuil de ces salons, où l'espoir leur était rendu.

Mais l'harmonie parfaite qu'on rêvait pour l'humanité devait également rester un rêve pour les divers associés, et, les difficultés s'aggravant, force fut de s'adresser à la justice.

Un procès est actuellement pendant devant le tribunal de commerce. En attendant sa solution, M. Billebault du Chaffaut, soucieux du sort de son invention, est venu, en référé, demander la nomination d'un séquestre pour veiller à la conservation du brevet, des appareils, de la correspondance et de la comptabilité.

M. le Dr D....., qui, sous le nom de Dr Stellow, donnait les consultations, s'y est opposé en invoquant le secret professionnel, en ce qui concernait au moins la correspondance.

MM. Clostre et Schwob, les commanditaires de l'entreprise, se sont joints à lui pour repousser la nomination d'un séquestre.

Le juge des référés a nommé M. Hue séquestre, mais avec une réserve relative à la correspondance : M. Hue devra remettre les lettres à M. le Dr Le Paulmier, commis à cet effet, lequel en prendra connaissance, et, après avoir répondu aux clients, s'il le juge convenable, les rendra cachetées au séquestre en attendant que celui-ci les restitue à qui de droit.

Hôpitaux de Paris. — Avis à MM. les externes.

Aux termes du règlement sur le service de santé, les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur 3e année d'externat ne peuvent nommés internes provisoires, et en exercer les fonctions que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes. A la suite du dernier concours, plusieurs externes de 3e année classés au nombre des internes provisoires avaient négligé de se présenter au concours de l'Externat et, d'après les termes du règlement, n'auraient pas dû être nommés internes provisoires. L'administration ayant acquis la preuve que les dispositions réglementaires ci-dessus rappelées étaient généralement mal connues, a bien voulu, à titre exceptionnel et pour cette année seulement, n'en pas faire application. Cette exception ne sera plus renouvelée, et désormais les externes de 3e année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er OCTOBRE AU 31 DÉCEMBRE 1887, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	13	12	6	31
2e	18	17	1	36
3e	24	44	10	78
4e	34	44	7	85
5e	24	35	4	63
6e	15	23	9	47
7e	22	13	4	39
8e	6	9	»	15
9e	17	17	»	34
10e	19	47	7	73
11e	58	109	23	190
12e	31	42	12	85
13e	30	64	15	109
14e	49	67	24	140
15e	44	68	20	132
16e	8	10	3	21
17e	31	46	13	90
18e	50	85	27	162
19e	40	50	23	113
20e	60	112	45	217
	593	914	253	1760

MALADIES OBSERVÉES.

Maladie	Nombre
A	
Angines et laryng.	100
Croup	33
Coqueluche	3
Otite	1
Corps étrangers de l'œsophage	1
B	
Asthme	35
Affections du cœur.	76
Bronchites aiguës et chroniques	134
Pleuro-pneumonie.	87
Congestion pulmonaire	21
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	119
Cholérine	38
Dysenterie	2
Athrepsie et choléra infantile	14
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	48
Hernie étranglée	24
Rétention d'urine	13
Chute du rectum	2
Orchite	4
D	
Métrite. Métro-péritonite	31
Métrorrhagie	55
Fausse-couche	44
Accouc. Délivrance	192
Accouc. non terminé	24
E	
Affect. cérébrales, Paralysies	77
Eclampsie. Convuls.	60
Névralgies	35
Névroses	54
Epilepsie	15
Aliénation mentale.	6
Alcoolisme. Delirium tremens	21
Rage	»
Tétanos	»
F	
Rhumatisme	23
Affections éruptives	37
Fièvre intermitt.	2
Fièvre typhoïde	31
Hémorrhagies de causes internes et externes	73
G	
Plaies. Contusions.	98
Fractures. Luxations. Entorses	24
Brûlures	8
Empoisonnements	11
Asphyxie par le charbon	8
— submersion	»
Suicide	8
H	
Mort à l'arrivée du médecin	56
Total	1760

La moyenne des visites par nuit est de 19 13/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 20 43/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 34 0/0.
Les femmes — — de 52 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 14 0/0.

Visites du 4e trimestre de 1886	1.880
— — 1887	1.760
Différence en moins	120

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1887.

	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er Trimestre	617	1.046	304	1.997
2e Trimestre	564	856	287	1.709
3e Trimestre	546	857	299	1.702
4e Trimestre	593	914	253	1.760
	2.350	3.675	1.143	7.168

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876. 1re année, 3.616 visites de nuit.
1877. 2e année, 3.312 visites de nuit.
1878. 3e année, 3.571 visites de nuit.
1879. 4e année, 5.282 visites de nuit.
1880. 5e année, 6.341 visites de nuit.
1881. 6e année, 6.521 visites de nuit.
1882. 7e année, 6.891 visites de nuit.
1883. 8e année, 6.895 visites de nuit.
1884. 9e année, 8.712 visites de nuit.
1885. 10e année, 7.494 visites de nuit.
1886. 11e année, 7.553 visites de nuit.
1887. 12e année, 7.168 visites de nuit.

Le service est assuré par 608 médecins et 356 sages-femmes. Il fonctionne de 10 h. du soir à 7 h. du matin, depuis le 1er octobre jusqu'au 31 mars et de 11 h. du soir à 6 h. du matin depuis le 1er avril jusqu'au 30 septembre.

Incendies au New-York Hospital pour les infirmes : enfant pyromane.

Le samedi 29 janvier, au soir, un incendie éclata à l'Hôpital pour les infirmes. Grâce à la promptitude des secours, tous les enfants purent être sauvés ; il n'y eut que le cuisinier en chef qui mourut asphyxié. Quelques jours après, deux nouveaux incendies peu graves se produisirent, et la dernière fois, le 2 février, on reconnut qu'ils étaient l'œuvre d'une fillette de onze ans, entrée à l'hospice depuis trois ans. Cette enfant, soignée pour un torticolis consécutif à la rougeole, était très-aimée des autres enfants et des employés de l'hôpital. Le 3 février, elle a été remise entre les mains de la police de Yorkville sous la prévention d'attentat contre des enfants, en attendant l'enquête du coroner sur la mort du cuisinier-chef. (*Boston medical and Surgical Journal*, 9 février 1888).

Le microbe de la méningite cérébro-spinale.

MM. Foà et Bordoni-Uffreduzzi ont communiqué à l'*Association médicale italienne* le résultat d'expériences qui leur ont permis de constater que le microbe de la méningite cérébro-spinale (*Meningococcus*) est le même que celui que Stainberg a obtenu par des cultures de la salive, et que Fraenkel a décrit comme étant le microbe de la pneumonie. Les auteurs auraient constamment trouvé ce micro-organisme dans la méningite cérébro-spinale. (*Rev. scient.*)

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 5. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Reynier. — 3e *Doctorat* (2e partie) : MM. Hayem, Damaschino, Landouzy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Delens, Jalaguier. — (2e *Série*) : MM. Guyon, Budin, Reclus ; — (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, Dejérine.

MARDI 6. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Fernet, Joffroy. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Panas, Campenon, Maygrier. — (2e partie) : MM. Proust, Raymond, Quinquaud.

MERCREDI 7. — (Epreuve pratique). Médec. opér. : MM. Delens, Segond, Jalaguier. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Villejean. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Kirmisson, Ribemont-Dessaignes.

JEUDI 8. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Hanot ; — (2e *Série*) : MM. Jaccoud, Legroux, Hutinel.

VENDREDI 9. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Marc Sée, Rémy, Reynier. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Gariel, Blanchard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier. — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Ollivier, A. Robin. — (2e *Série*) : MM. Fournier, Damaschino, Chauffard.

SAMEDI 10. — 2e *de Doctorat*, (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Brun. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Peter, Legroux, Hutinel ; — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Cornil, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 7. — M. Jouliard. Du cancer de la glande sous-maxillaire (Contribution à l'étude des néoplasmes des glandes salivaires). — M. Lefèvre (Armand). Tuberculose par inoculation cutanée chez l'homme. — *Jeudi* 8. — M. Rousseau. Contribution a l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë. — M. Martcret. Contribution à l'étude de la paralysie générale à début tardif. — M. Chauveau. Fièvre hystérique. — M. Demelin. Segment inférieur de l'utérus. — *Samedi* 10. — M. Boureau. Du curage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus. — M. Level. Paralysies urémiques.

Enseignement médical libre.

Cours d'ophtalmologie. — M. le Dr LANDOLT fera à sa Clinique, 27, rue St-André-des-Arts, un *Cours élémentaire et pratique des maladies des yeux*, avec démonstrations à l'usage des étudiants. Les conférences auront lieu les mercredis et samedis, de une heure à deux heures. Le cours commencera le mardi 14 mars 1888.

FORMULES

VII. Soluté glycériné de peptone hydrargirique ammonique.

VII. Peptone hydrargirique ammonique.	4	grammes.
Eau distillée	796	—
Glycérine pure	200	—

10 grammes de ce soluté renferment 4 centigrammes de peptone hydrargirique ammonique, soit 1 centigramme de sublimé combiné à la peptone. Ce soluté administré à la dose de 10 à 20 grammes par jour, pur ou dans du lait. (*Nouv. Rem.*).

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Le spéculum du Dr Reynal-O'Connor.

Depuis quelque temps on a inventé plusieurs sortes de spéculums, mais tous laissent quelque chose à désirer, non seulement parce que leur construction ne permet de faire qu'un examen superficiel du vagin; mais encore parce qu'ils n'ont qu'un seul but, ne peuvent pas servir en même temps pour l'examen ordinaire et pour toutes sortes d'opérations à faire dans les organes génitaux de la femme. Le spéculum du Dr Reynal-O'Connor, dont nous donnons la gravure, et qui a été présenté mardi à l'Académie de médecine par M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté, vient remplir toutes les conditions désirables et permet un examen facile et complet ainsi que toutes sortes d'opérations. Ce spéculum qui est construit avec l'élégance et la solidité que met toujours M. Collin dans ses instruments, se compose de deux valves dont l'inférieure est plus longue de 2 c. que la supérieure pour pénétrer dans le cul-de-sac postérieur; et au bout il y a un petit *levier* L (*fig.* 34) avec lequel, au moyen de la petite *tige* B on peut soulever le col de l'utérus pour l'examiner en détail et voir s'il y a des ulcérations, des tubercules, etc., etc. L'*entrée* du spéculum est très élargie pour empêcher

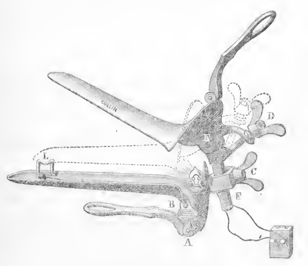


Fig. 34.

la pénétration des poils et des grandes lèvres dans l'intérieur de l'instrument, ce qui peut gêner plus ou moins l'opérateur. Le spéculum possède *deux* mouvements, l'un très doux, qu'on obtient en faisant tourner la vis D, et l'autre, très étendu, moyennant la crémaillière C qui écarte les deux valves d'une très grande étendue pour les opérations qui ont besoin d'un grand champ opératoire. Comme l'on peut avoir besoin, à certains moments, du spéculum de Sims, le Dr Reynal-O'Connor a eu l'idée de réunir dans son spéculum cet autre instrument si apprécié par tous les chirurgiens. Voici comment il faut agir : on enlève le petit levier L avec sa tige B, on dévisse la vis E qui maintient la crémaillière C et la vis D, et il ne reste alors que les deux valves auxquelles il a fait adapter deux manches très solides qui se vissent et se dévissent à volonté. En plus, il a appliqué une petite lampe électrique de 3 c. alimentée par une pile qu'on peut mettre dans la poche du gilet pour le cas où l'on aurait besoin d'un foyer lumineux dans les circonstances spéciales où on ne peut mettre, dans la pratique civile, la malade devant la lumière du jour.

En résumé, ce nouveau spéculum réunit les avantages suivants : examen du cul-de-sac postérieur ; soulèvement du col, écartement des poils et grandes lèvres ; petit et grand écartement, et il peut servir parfaitement comme spéculum de Sims; en plus, il porte un petit foyer électrique plus intense, plus propre et moins dangereux qu'une lampe ou une bougie.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 19 février 1888 au samedi 25 février 1888, les naissances ont été au nombre de 1338, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 498 ; illégitimes, 195. Total, 693. — *Sexe féminin* : légitimes, 462 ; illégitimes, 183. Total, 645.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 19 février 1887 au samedi 25 février 1888, les décès ont été au nombre de 1070, savoir : 607 hommes et 463 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 13, F. 4. T. 17. — Variole : M. 6, F. 10, T. 15. — Rougeole : M. 7, F. 7. T. 14. — Scarlatine : M. 4, F. 1, T. 5. — Coqueluche : M. 0, F. 2. T. 2. — Diphthérie, Croup : M. 30 F. 16, T. 46. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 106, F. 78. T. 184. — Autres tuberculoses : M. 25 F. 11. T. 36. — Tumeurs bénignes : M. 3, F. 3. T. 6. — Tumeurs malignes : M. 20, F. 19. T. 39. — Méningite simple : M. 15, F. 11. T. 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 28, F. 19. T. 47. — Paralysie : M. 4, F. 0. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 6, T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 33. T. 62. — Bronchite aiguë : M. 17, F. 18 T. 35. — Bronchite chronique : M 31, F. 30. T. 61. — Broncho-Pneumonie : M. 25, F. 13. T. 38. — Pneumonie M. 34, F. 31. T. 65. — Gastro-entérite, biberon : M. 22, F. 12. T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 13, F. 10. T. 23 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 3. T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 23, F. 11, T. 34. — Sénilité : M. 15, F. 21. T. 31. — Suicides : M. 12, F. 1 T. 13. — Autres morts violentes : M. 10. F. 4. T. 14. — Autres causes de mort : M. 108 F. 82. T. 190. — Causes restées inconnues : M. 4 F. 6. T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 96, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 40, illégitimes, 17. Total : 57. — *Sexe féminin* : légitimes, 28; illégitimes, 11. Total : 39.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — La chaire de physique de ladite Faculté est vacante. Un délai de vingt jours, à partir du 17 février, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté d'Iéna* : M. le Dr J. ROSENBACH, premier assistant de la clinique chirurgicale de Göttingue, est nommé professeur ordinaire et directeur de la clinique chirurgicale à Iéna. — *Faculté de Dorpat* : Le docteur FRANKENHAUSER, qui vient de prendre sa retraite, est remplacé dans la chaire de gynécologie et d'obstétrique par le docteur WYDER (de Dorpat). — *Faculté de Strasbourg* : Le docteur NAUNYN (de Kœnigsberg), est nommé professeur ordinaire à la Faculté de médecine de Strasbourg. — *Faculté de médecine de Halle*. M. le privat-docent d'ophtalmologie, le Dr BUNGE, est nommé professeur ordinaire. — *Faculté de médecine d'Erlangen*. Pour la chaire de psychiatrie, sont présentés, en première ligne, M. le Dr Ganser ; en seconde ligne, M. le Dr Dittmar ; en troisième ligne, M. le Dr Brumen. — *Faculté de médecine d'Iéna*. Etaient présentés pour la chaire de chirurgie : en première ligne, M. le Dr Riedel ; en seconde ligne, M. le Dr Landerer ; en troisième ligne, M. le Dr Obert (d'Halle) et M. le Dr Rosenbach (de Gœttingue.)

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Le congrès de MM. les délégués des sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira au ministère de l'instruction publique, 110, rue de Grenelle, le mardi 22 mai 1888, à midi et demi. Les journées des mardi 22, mercredi 22, jeudi 24 et vendredi 25 mai seront consacrées aux travaux du congrès. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 26 mai, à 2 heures précises.

CRÉMATION : UN MOINE ET UNE DOCTORESSE INCINÉRÉS. — Un moine, qui vient de mourir à l'hospice de Milan, le P. Gaetano Corbella, a demandé qu'on brulât son cadavre. On a donné suite à son désir ; mais, dit le *Petit Troyen* du 21 février, par ordre de l'archevêque, tout service religieux a été supprimé. — On verra plus loin, à l'article *Nécrologie* que Mme KINGSFORD, doctoresse en médecine qui vient de mourir à Londres, a demandé par son testament à être incinérée.

CURÉ ASSASSIN ALIÉNÉ. — Un jugement déclaratif du tribunal déclare que le curé Galeote qui a tué l'évêque de Madrid est complètement fou, et le condamne à être enfermé dans une maison d'aliénés.

HYGIÈNE PUBLIQUE. *Variole*. — Le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est occupé, dans sa dernière séance, des mesures à prendre pour enrayer l'épidémie de variole qui commence à sévir dans le département du Morbihan. Sur le rapport de M. le Dr Roux, il a recommandé : l'isolement des malades, des désinfections à l'aide d'étuves locomobiles à vapeur sous pression, pour les linges, matelas et vêtements, ainsi que l'emploi de l'acide sulfureux

et des pulvérisations antiseptiques pour les logements ; la vaccination en masse des populations par le vaccin animal et l'apposition d'instructions spéciales, par voie d'affiches, pour faire connaître aux populations les mesures à prendre.

Rage. — Dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine a entendu la lecture du rapport de M. Alexandre sur la rage des animaux et approuvé les conclusions suivantes : « 1° Nomination dans chaque arrondissement de Paris et dans chaque canton suburbain de vétérinaires préposés à la visite des animaux suspects ; 2° Transport à la fourrière des animaux suspects, suivant la définition du mot suspicion donné au cours du rapport (1) ; 3° Appropriation d'un local spécial, servant de fourrière, dans chaque chef-lieu de canton de la banlieue ; 4° Création d'un laboratoire à l'usage du service vétérinaire sanitaire. La Commission insiste de nouveau sur la nécessité absolue de supprimer les chiens errants à l'aide des mesures qui suivent : a) Utilisation du personnel des gardiens de la paix, ou, à son défaut, création d'un personnel spécial ; b) Obligation de faire porter aux chiens une médaille constatant le paiement de la taxe, médaille dont le modèle variera chaque année ; c) Application rigoureuse des articles 53 et 54 du décret du 23 juin 1882, ainsi conçus : — Art. 53. L'autorité administrative pourra, lorsqu'elle croira cette mesure utile, particulièrement dans les villes, ordonner par arrêté que tous les chiens circulant sur la voie publique soient muselés ou tenus en laisse. — Art. 54. Lorsqu'un cas de rage a été constaté dans une commune, le maire prend un arrêté pour interdire, pendant six semaines au moins la circulation des chiens, à moins qu'ils ne soient tenus en laisse. La même mesure est prise pour les communes qui ont été parcourues par un chien enragé. »

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Les élections pour le renouvellement dudit Conseil sont fixées au samedi 21 avril 1888. L'examen des opérations électorales et le dépouillement des votes auront lieu au Ministère de l'Instruction publique, le vendredi 27 avril. Si un second tour de scrutin est nécessaire, il y sera procédé le samedi 8 mai.

Legs pour la fondation d'un hospice. — M. Graverand, ancien maire de Rugles (Eure), a légué 20,000 fr. à sa commune pour la création d'un hospice. C'est là un bon exemple. Il est en effet vivement à désirer que tous les chefs-lieux de canton soient pourvus d'un établissement hospitalier destiné à recevoir les malades et les vieillards qui n'ont plus de famille ou qui ont des maladies qui ne peuvent être convenablement soignées que dans un hôpital.

Le réséda comme vermifuge. — Une très forte décoction de ces fleurs desséchées fut administrée à une femme atteinte de ténia médio-canallata, à jeun, et suivie d'une forte dose d'huile de ricin ; trois heures après, le ver était évacué en boule. Il paraît qu'en Russie le réséda a toujours joui, dans le peuple, d'une grande réputation comme téniacide (*Russkaia Meditzina* et *Mon. du Praticien*).

Missions scientifiques. — M. Marion, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, est chargé d'une mission scientifique, à l'effet d'étudier les principales stations zoologiques maritimes de France et d'Europe. — M. E. Trutat, conservateur du musée d'histoire naturelle de Toulouse, est chargé d'une mission scientifique en Italie, à l'effet d'étudier sur place différentes questions d'histoire naturelle et de visiter les collections italiennes de la faune quaternaire, contemporaine de l'homme primitif.

Poste médical. — La commune de Roybon (Isère) demande un médecin. Il y a une subvention de 1,600 fr. — S'adresser, pour plus de renseignements, au maire de la commune.

Nominations. — M. Pennetier, vétérinaire, est nommé membre de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du Ve arrondissement de Paris, en remplacement de M. le Dr Lafont, décédé.

Sanatoriun maritime a Banyuls-sur-Mer. — La Chambre des Députés a voté le 24 janvier dernier le projet de loi autorisant le département des Pyrénées-Orientales, conformément à la demande que le Conseil général en a faite, à emprunter, à un taux d'intérêt qui ne pourra dépasser 1,75 0/0, une somme de 200,000 fr. applicable au frais de construction d'un *sanatorium* maritime à Banyuls-sur-Mer. Ce sanatorium est destiné à recevoir les enfants atteints de maladies scrofuleuses.

Nécrologie. — Mme Anna Kingsford, qui avait fait ses études de doctoresse en médecine à Paris, vient de mourir à Londres où elle avait ouvert un cabinet médical. Mme Kingsford était une végétarienne convaincue et pratiquante. Elle faisait partie de la ligue antivivisectionniste. Avant de mourir, elle a envoyé à Mme Huot, à Paris, pour sa propagande contre la vivisection, un chèque de cent livres sterling. Mme Kingsford a demandé que son corps fut incinéré. C'est à quelques kilomètres de Londres, à Paddington, que la *crémation* a eu lieu dimanche dernier, 26 février. — M. Antoine Reynal, médecin-pharmacien, adjoint au maire du VIIIe arrondissement, vient de mourir à l'âge de 70 ans. — M. le Dr Joseph Pallé, médecin principal de 1re classe en retraite, décédé à 63 ans, à Lyon. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les Drs Charrier (de Sauveten), Chevrenn (de Charmes), Courtade (de Miélan) et François (de Tilly). — Nous avons la douleur d'apprendre la mort de M. le Dr Bernard (Antoine D.), ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion de 1879) qui vient de mourir à Marseille. Le *Progrès médical* a publié plusieurs leçons de M. Charcot recueillies par lui. Sa thèse de doctorat passé en 1885 a pour titre : *De l'aphasie et de ses diverses formes*. C'est une monographie remarquable, bien connue de tous ceux qui s'occupent de cette question. Nous citerons encore de lui : *Des troubles nerveux observés chez les diabétiques*, en collaboration avec M. Féré (1883, *Archives de Neurologie*. — *Un cas de suppression brusque et isolée de la vision mentale des signes et des objets* (*Progrès médical*, 1883). — *Anesthésie sous narcose chloroformique dans la trachéotomie* (1887, *Progrès médical*).

(1) « Tout animal qui, *sans provocation*, mord les personnes ou les animaux, *est suspect*. »

Avis à nos lecteurs.

Assainissement des villes.

Nous prions nos lecteurs de bien vouloir nous adresser des renseignements sur le tout à l'égout, et l'utilisation agricole des eaux d'égouts dans les villes de leur région. L'importance de ces questions nous excusera auprès d'eux de notre insistance à leur demander ces renseignements. Il s'agit là, en effet, de questions d'un intérêt considérable au point de vue de l'hygiène.

La commune de Bèze (Côte-d'Or), demande un médecin; elle fournit subvention et logement. Pays de chasse et de pêche. Gare sur la ligne d'Is-sur-Tille à Gray.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. Charcot repris ses leçons mardi dernier, 28 février, et les continuera les vendredis et mardis suivants. — *Clinique mentale*: M. A. Voisin, dimanche à 9 h. 1/2.

Hospice de Bicêtre.—*Maladies mentales:* M. Charpentier, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, le samedi à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades.—*Thérapeutique infantile* : M. Jules Simon, mercredi à 9 heures. — *Pathologie et clinique médicale infantile* : M. Descroizilles, le vendredi à 9 heures. — *Clinique médicale* : M. le Dr Ollivier, le lundi à 9 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr de Saint-Germain, jeudi à 9 heures.

Hôpital Saint-Louis. Service de M. Ernest Besnier. — Mardi, opérations dermatologiques : lupus, acnés, etc. — Mercredi, dermatophyties, teignes, alopécies diverses. — Vendredi consultation externe. — Samedi, clinique.

Clinique d'accouchements. — M. Budin, samedi et mardi à 9 heures du matin.

Asile Sainte-Anne. — *Maladies nerveuses et mentales* : M. le Dr Magnan, dimanche et mercredi, à 9 heures 1/2.

Hôpital Bichat.— *Chirurgie.* M. le Dr Terrier. Consultations le mardi, jeudi, samedi à 9 heures ; consultation spéciale pour les maladies des yeux et les oreilles le jeudi à 9 heures. Grandes opérations le mardi à 8 heures 1/2. — *Médecine.* M. Huchard et M. Gaillard-Lacombe, tous les jours, à 9 heures. Le jeudi, consultation spéciale pour les maladies du cœur, faite par M. Huchard.

BULLETIN BILBIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

Ferret (A). — **De l'ophthalmie granuleuse** (Ophthalmie endémique d'Algérie). Brochure in-8 de 74 pages. — Prix : 2 fr. 50 c. — Pour nos abonnés . . . . 1 fr. 75 c.

Rolland (E.). — **De l'épilepsie Jacksonienne.** Mémoire couronné par la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, revu et considérablement augmenté. Précédé d'une notice sur les asiles « John Bost » par le Dr Eugène Monod et d'une introduction par le Dr X. Arnozon. Vol. in-8 de 192 pages, avec 22 figures et 2 planches lithographiées. — Prix : 3 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 2 fr.

Bureau central de Bienfaisance (XXIe Rapport annuel). — Genève, 1888. — Imprimerie Privat.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Aubry (P.). — La contagion du meurtre. Etude d'anthropologie. Volume in-8o de 124 pages. Prix : 3 fr. 50

Librairie P. ASSELIN place de l'Ecole-de-Médecine.

Doré (E.). — Recherches expérimentales sur l'influence de la température des femelles en gestation sur la vitalité du fœtus. Brochure in-8o de 40 pages.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

Bouilly, Duplay, Picqué, Schwartz, Segond, Poisson, Pousson et Harrisson.— Chirurgie des organes génito-urinaires de l'homme et de la femme. Volume in-8o de 908 pages avec 322 figures. — Prix : 17 fr. 50.

Pion, Rolland et Brossard.—Suette miliaire du Poitou, 1845-1887.— Volume in-8o de 134 pages. — Poitiers, 1887. — J. Fayoux.

Snyers (P.). Contribution à la pathogénie de la maladie de Bright, de l'albuminurie et des lésions rénales consécutives aux injections d'albumine. Brochure in-8o de 12 pages. — Bruxelles, 1887. — Hayez.

Simon (M.). — Le monde des rêves. Le rêve, l'hallucination, le somnambulisme et l'hypnotisme, l'illusion, les paradis artificiels, le ragle, le cerveau et le rêve. Volume in-12 de 325 pages. — Prix : 3 fr. 50.

Bérillon (E.). — De la suggestion et de ses applications à la pédagogie. Brochure in-8o de 16 pages, avec 4 figures. — Prix : 1 fr. — Paris, 1888. — Aux bureaux de la *Revue de l'hypnotisme.*

Index-catalogue of the Library of the Surgeon-general's office. United-States Army. Vol. VIII, Legier. — Medicine (naval). Volume in-8o cartonné de 1078 pages. — Washington, 1887. — Government printing office.

Librairie P. SAVY, 77, boulevard St-Germain.

Verrier (E). — Clinique chirurgicale. Des rapports de la grossesse, du travail et des suites de couches avec le traumatisme en général. Brochure in-8o de 23 pages.

Beevor et Horsley. — A minute analysis (experimental) of the various movements produced by stimulating in the monkey different regions of the cortical centre for the upper limb as defined by professor Ferrier. — Brochure in-4o de 167 pages, avec une planche hors texte. — London, 1887. — Trübner.

Braithwaite (J.). The retrospect of medicine. Volume in-12 cartonné, de 432 pages, avec nombreuses figures.—London, 1888. Simpkin, Marshall et Co.

Horsley (V.). — Brain surgery. Brochure in-8o de 27 pages.— London, 1887. — J. Bale et Sons.

Power. — Imperforata anus ; male, female. — Further specimens of intermuscular synovial cyats. Brochure in-8o de 24 pages. avec 2 planches hors texte. — London, 1887.— Transactions of the *Pathological Society of London.*

Antonin (J.-N.). — Tratament ul pneumoniei cu digitală in doză terapeutică. Volume in-8o de 223 pages, avec 254 tracés. — Bucuresci, 1887. — Tipo-litografia Wiegand.

Carrion (D.-A.).—La verruga Peruana. Volume in-8o de 109 pages — Lima, 1886. — Imprenta del Estado.

Garcia (F.-M.). — Boletin mensual de Estadistica municipal. Brochure in-4o de 36 pages. — Buenos-Aires, 1887. — Imprenta Moreno Esquina Defensa.

Staderini (G.). — Il sublimato corrosivo nella cura della conguienturte granulosa. Brochure in-8o de 10 pages. — Napoli-Milano, 1887. — Vallardi.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

Leflaive (E.).—De la rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été. Volume in-8o de 165 pages.

Troisfontaines (P.). — Manuel d'antisepsie chirurgicale. Volume in-12 de 263 pages. Prix : 3 fr.

Annuaire de l'internat en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris, pour l'année 1887-1888. Brochure in-12 de 31 pages. Prix : 1 fr. 25. — Dépôt à l'Hôtel-Dieu.

Areilza (E. de). — De las fracturas del cráneo y de la trepanacion. Brochure in-8o de 78 pages, avec figures. — Barcelona, 1887. — Tipografia La Academia.

Wurster (C.). — Die Temperatur-Derhaltnisse der haut und doren Beziehungen zum Stosswechuf, zur trkäftung und Katarrh. Brochure in-8o de 19 pages. — Berlin, 1887. — Druck der Norddentschen Buchdructerei und Berlagsanstalt.

Müller Lyer (F.-C.). — Experimentelle Untersuchungen zur Amblyopiefrage. Brochure in-8o de 29 pages. — Berlin, 1888. — *Archiv für Anatomie und Physiologie.*

Atti della reale Academia di scienze mediche e belle arti di Palermo. (Nuova seria). Volume IX. Volume in-4o d'environ 400 pages. — Palerme, 1887. — Tipografia del Giornale di Sicilia.

Marcellini (G.). — Frattura comminutiva delle ossa craniche, ferite del cervello con perdita di sostanza cerebrale. Consecutiva ernia cerebrale. Guarigione completa con saldamento dei frammenti e nessuna paralisi consecutiva. Brochure in-8o de 7 pages. — Milan, 1887. — Fr. Vallardi.

Marvin (J.-B.). — Progressive Muscular Atrophy Beginning in the Legs. Brochure in-12 de 11 pages. — Louisville, 1886. — Morton et Co.

Marvin (J.-B.). — Report ou progress in Medicine. Brochure in-12 de 24 pages. — Paducah, 1887. — Medical Society.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VIII. N° 37 BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 15 SEPTEMBRE 1888.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE EXTERNE

La suture perdue, continue à étages superposés, au catgut ; son emploi en gynécologie ;

Par le Dr S. POZZI, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Lourcine-Pascal (1).

Il y a près de deux ans que je fais un usage fréquent de la suture perdue et continue à étages superposés au catgut, et je l'ai recommandée à la Société de chirurgie (2), comme moyen d'occlusion parfait pour la plaie abdominale après la laparotomie. Je l'ai, en outre, employée avec un plein succès dans cinq cas de colpopérinéorrhaphie, deux de cure radicale de hernie (dont l'une compliquée d'une large excision des bourses pour varicocèle) et deux cas de rupture complète du périnée. Je crois inutile de rapporter ici ces observations en détail, et je préfère donner quelques développements à certains points de technique qui me paraissent essentiels et peu connus de beaucoup de chirurgiens.

La suture perdue à *points séparés* est plus répandue ; pourtant, je considère comme très supérieure la *suture continue* en surjet, à plans superposés. Elle s'exécute incomparablement plus vite et a l'avantage de ne pas laisser de nœuds au fond de la plaie.

Deux ou trois étages de suture, en surjet ou du pelletier, suffisent pour amener l'affrontement progressif, facile, égal et complet, de plaies très profondes ou très larges, qui à *priori* paraissaient devoir demander pour

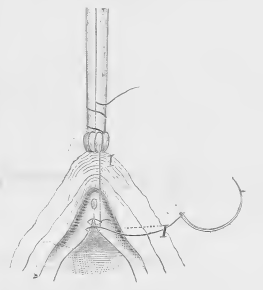


Fig. 16. — Suture continue au début.

leur réunion un très grand effort. En effet, la multiplicité des points de suture diminue d'autant la force de traction nécessaire pour chacun d'eux. Enfin, comme on procède toujours du fond à la superficie, il est facile de ne pas laisser de parties béantes (*espaces morts* de Mikulicz) et d'assurer la réunion intégrale.

Comme *moyen de réunion*, la suture continue à plans superposés est donc excellente. Elle rend aussi de très grands services comme *moyen d'hémostase*. Je m'en suis servi souvent dans le cours d'ovariotomies, de salpingotomies, d'hystérectomies, pour arrêter le suintement de surfaces divisées, et en particulier de la tranche des ligaments larges ou des parties latérales de l'utérus, après extirpation de tumeurs intra-ligamenteuses.

Dans deux opérations de kyste inclus dans le ligament large, notamment, où la partie latérale de l'utérus donnait beaucoup de sang, j'aurais dû sûrement à l'exemple de Tauffer (1) et de bien d'autres chirurgiens pratiquer l'hystérectomie pour obtenir l'hémostase si je n'avais eu à ma disposition le surjet de catgut avec lequel je me suis rendu maître de l'hémorrhagie.

Quelques mots maintenant sur l'historique et sur la technique :

HISTORIQUE. — La *suture perdue à points séparés au catgut* dans la périnéorrhaphie est de date assez ancienne (1879) et a pour auteur Werth (2). Elle fut aussitôt et pendant longtemps adoptée à la clinique de Schröder (3).

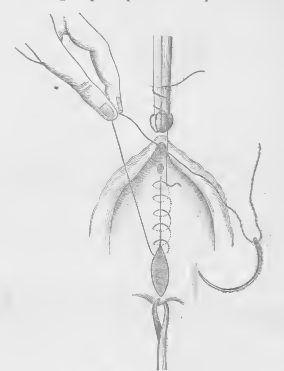


Fig. 17. — Suture continue presque achevée.

M. le Pr J. Reverdin (de Genève) a fait sur ce sujet une intéressante communication au Congrès français de chirurgie (mars 1888). Quant à la *suture continue*, elle était presque abandonnée lorsque Tillmanns (4),

(1) Communication faite au *Congrès français de chirurgie*.
(2) S. Pozzi. *Pyosalpingite double*, etc. (*Bull. Soc. de Chirurgie*, p. 576, 19 octobre 1887).

(1) Tauffer a pratiqué trois fois l'ablation de l'utérus dans ces circonstances pendant le cours d'ovariotomies. Voir G. A. DIRNER *Zur Frage der Stielversorgung, etc.* (*Centralblatt für Gynäk.* 1887, n° 8)
(2) Werth (*Centralblatt f. Gynäk.* 1879, n° 23).
(3) Hofmeier (*Berlin. klin. Wochench.*, 1884, n° 1).
(4) Tillmanns *Centralblatt f. Chirurgie.*, 1882, n° 37.

Bako (1) et Hagedorn (2) tentèrent de la réhabiliter pour la réunion des plaies en général. Un plaidoyer convaincu en faveur des sutures continuels stratifiées, en particulier dans les amputations, a été publié en Italie, par G. Cavazzani (3).

La première application méthodique aux opérations plastiques en gynécologie paraît avoir été faite par Broese (4). Sur 26 cas de déchirures périnéales incomplètes qu'il a traitées par la suture continue à plans superposés, il n'a eu que deux insuccès et un demi-succès; il n'avait pas encore eu l'occasion d'appliquer ce procédé à une déchirure complète, mais il ne doutait pas qu'il ne fût préférable même alors aux sutures à la soie.

Ce mode de suture, fut, à partir de ce moment-là, adopté à la *Frauenklinik* de Berlin et Schröder (5) en

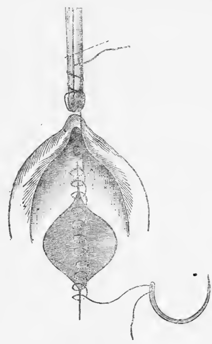


Fig. 18. — Suture continue à deux étages.

obtint de très beaux résultats qu'il publia en juin 1885 à la Société gynécologique de Berlin (24 malades guéris après une seule périnéorrhaphie, une malade après deux opérations, plusieurs colporrhapies). A cette occasion, Odebrecht mentionna plusieurs succès de Hofmeier: datant d'une année, et Veit donna sa statistique; 7 périnéorrhapie avec un seul insuccès, 30 opérations pour prolapsus et 2 pour fistules vésico-vaginales, suivies de succès. Küster (6), la même année, publiait son important mémoire sur la suture perdue dans les opérations plastiques et l'appliquait notamment à la cure radicale des hernies (7). En 1885, H. Keller (de Berne) fit connaître 40 succès sur 42 opérations pratiquées de la sorte pour la réunion immédiate de ruptures incomplètes du

(1) Bakó. *Ibidem*, n° 44.
(2) *Ibid.*
(3) G. Cavazzani. *Sutures continues stratifiées* (*Lo Sperimentale*, décembre 1886).
(4) Broese (assistant à la Clinique gyn. de Berlin). *Die fortlaufende Katgutnaht zur Vereinigung der Scheidendammrisse* (*Centralbl. f. Gynäk.*, 1883, p. 777, et *Centralbl. f. Chir.*, 1884, p. 200.)
(5) Schröder. Gesellschaft f. Geb. und Gyn. zu Berlin, 13 juin 1885 (*Centr. für Gyn.*, 1885, p. 459).
(6) Küster. *Ueber die Anwendung versenkter Nähte, inbesondere bei plastichen Operationen* (*V. Langenbeck's Arch.*, Bd. XXXI, Hft. 1).
(7) H. Keller. Die fort. Catgutnaht bei Scheidendammrissen (*Archiv. f. gynäk.*, B. XXVI, p. 283).

périnée. Panck (1), plus récemment, a pris la suture continue et perdue au catgut pour sujet de thèse inaugurale et a publié de nombreux succès de colporrhaphies exécutees par Veit. Il indique aussi le parti qu'on peut en tirer pour les fistules vésico-vaginales.

Enfin M. Schröder et A. Martin ont consacré définitivement, l'usage de la suture continue à plans superposés au catgut, dans leur enseignement et dans leurs traités classiques. .

Martin a, en outre, décrit le procédé dans un fort intéressant article (2), auquel j'emprunte ces figures explicatives. Du mois de septembre 1885 au mois de juin 1887, il n'a pas pratiqué ainsi moins de 21 opérations périnéoplastiques (ruptures du périnée incomplètes) 8 rectoplasies (ruptures du périnée complètes), 58 opérations

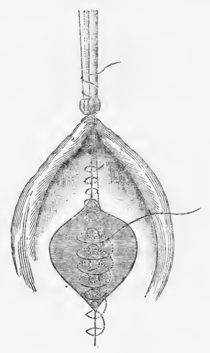


Fig. 19. — Suture perdue à trois étages.

pour le prolapsus (colporrhaphie antérieure et postérieure), soit en tout 87 opérations plastiques, sans compter un grand kyste allant du cul-de-sac vaginal à la surface externe du col, qui fut extirpé et dont le *lit* fut immédiatement réuni par la suture continue.

Il faut citer en France un excellent article de M. Doléris (3) sur la suture continue, en surjet ou en spirale avec des fils de catgut résorbales, pour la périnéorrhaphie immédiatement après l'accouchement, et un autre de M. Vulliet (4) sur la suture perdue dans l'opération de la fistule vésico-vaginale; il se sert de soie désinfectée à l'iodol.

Technique. — Le choix du catgut a une importance extrême; Schröder et Martin ont adopté le catgut à l'essence de bois de genévrier proposé par Schede et Küster, qui réunit de nombreux avantages: asepsie complète, flexibilité, résistance à la traction, persistance durant huit ou huit neuf jours avant d'être dissous et

(1) Panek. Die Anwendung den fortlaufenden versenkten Katgutnaht in der Gynäk. Dissertation inaugurale. Berlin 1886.
(2) A. Martin. *Juniper-Catgut, its in use gynecological operations* (*American journal of obstetrics*, octobre 1887).
(3) Doléris. *Société obstétricale*, Paris, janvier 1885 (*Archives de Tocologie* 1885), voir aussi Brissay, *Fragments de chir. et de gyn. oper., Paris* 1887, p. 121.
(4) Vulliet. *Nouvelles Archives d'obstétr. et de gynéc.* Novembre 1887, page 512).

résorbé. Je l'ai moi-même adopté exclusivement depuis plus d'un an.

Voici comment je le prépare (1) : j'enroule le catgut

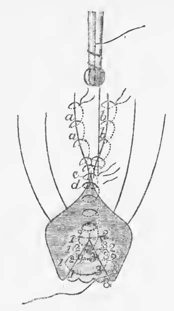


Fig. 20. — Suture perdue à plans superposés, dans une opération de déchirure complète du périnée (procédé de A. Chartier). — *a. a.* Suture des avivements latéraux ; *c.* Suture de soutien à la soie ; *d.* Point de départ de la suture continue profonde ; 1-1, 2-2, 3-3, trajet des sutures.

sur des lames de verre, et je laisse immerger toute une journée dans la solution de sublimé au 1/1000. On retire ensuite ces rouleaux, on les sèche doucement dans du coton hydrophile, puis on les plonge dans l'essence de bois de genévrier (*oleum ligni junipieri*) durant huit jours. On les met alors, sans les essuyer, dans l'alcool absolu où ils sont conservés indéfiniment. Au moment de s'en servir, on doit placer quelques instants (dix minutes au plus) le catgut dans la solution aqueuse de sublimé à 1/1000. Cela le gonfle et le ramollit un peu, mais lui donne une très grande souplesse. Il est bon d'avoir à sa disposition du catgut de deux grosseurs différentes, moyen et fin.

On doit être prévenu que les doubles nœuds du catgut se défont avec une assez grande facilité ; il est donc nécessaire de superposer trois nœuds. La force employée pour nouer le catgut est aussi bien plus grande que pour la soie, et lorsqu'on a fait plusieurs opérations de suite en nouant du catgut, les doigts sont généralement fendillés et meurtris. Mais ce sont des inconvénients négligeables, eu égard à l'importance des services rendus.

Suture continue simple. — Elle suffit toutes les fois que la surface à affronter n'est ni trop large ni trop profonde ; elle s'emploie aussi pour l'hémostase, comme je l'ai dit plus haut. On commence par passer l'aiguille à travers un angle de la plaie, et à nouer par trois nœuds superposés l'extrémité terminale de l'aiguillée du catgut, dont on laisse pendre un bout assez court. Ce bout est pris dans les mors d'une pince (sur la figure, c'est une pince de Baumgaertner, destinée à faciliter la traction sur les fils dans les ligatures profondes) ; un aide la maintient et elle sert de point d'appui pour la continuation de la suture (*fig.* 16). On pique alors l'aiguille à deux ou trois millimètres du bord de la plaie, puis on la fait cheminer sous toute la surface de celle-ci et ressortir en un point symétrique sur l'autre bord de la plaie ; on tire le fil modérément, et on confie à l'aide qui tenait déjà la pince le soin de le maintenir tendu pendant qu'on fait le second point de la suture continue : il faut qu'il ait soin de ne pas lâcher brusquement le fil quand ce second point doit être serré, mais qu'il le suive en le maintenant jusqu'au ras de la plaie, pour éviter que le point précédent ne se relâche. Il est bon, lorsqu'on arrive à moitié de la suture, de faire opérer une légère traction sur l'angle opposé de la plaie avec une pince tire-balle, de manière à assurer le parallélisme des bords (*fig.* 17).

Une précaution utile pour éviter que le fil ne glisse incessamment hors du chas de l'aiguille est de l'y fixer par un nœud simple.

Suture continue à étages. — Si un seul rang de points de sutures est manifestement insuffisant pour effectuer un affrontement complet, toute la surface cruentée ne pouvant pas être *chargée* sur l'aiguille, on fera la suture à étages. Pour cela, dans le point où la plaie offre une largeur exagérée, au lieu de piquer avec l'aiguille *en dehors* des bords de la plaie, on piquera *en dedans* de ces bords sur la surface cruentée, à un ou deux centimètres s'il est nécessaire, calculant toujours cette distance d'après l'étendue de la surface de la plaie sous laquelle on pourra faire cheminer l'aiguille, dans la profondeur. Dès que l'on a ainsi suffisamment diminué la partie la plus large de la plaie, on recommence à piquer l'aiguille sur la peau et on termine l'occlusion de la plaie par un surjet superficiel, d'abord direct, puis rétrograde (*fig.* 18).

On peut avoir à placer ainsi trois étages superposés. Il ne faut jamais serrer avec excès ni trop rapprocher les points (*fig.* 19).

Arrêt de la suture. — Pour terminer et arrêter la suture en surjet, on peut se trouver en présence de deux circonstances : si l'on a ramené, par un second étage complet, l'extrémité terminale du fil près de l'extrémité originelle, on n'a qu'à les nouer trois fois ; dans le cas contraire, on noue l'extrémité du fil au dernier point du surjet suffisamment étiré pour qu'on ait une anse assez longue, ou bien on attire le fil dans le chas de l'aiguille assez pour que l'extrémité terminale se trouve engagée double dans la dernière piqûre ; c'est à cette anse que l'extrémité du fil est nouée (*fig.* 21).

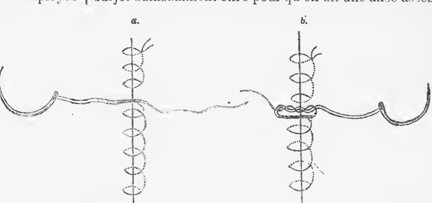


Fig. 21. — Suture continue à étages superposés, nœud terminal.

Consolidation de la suture. — Si l'on a coupé par accident le fil de la rangée profonde en cousant l'étage superficiel, ou si le fil s'est cassé, on place immédiate

(1) S. Pozzi. *De l'antisepsie en gynécologie* (*Progrès médical*, janvier 1888).

dineuse qui devient visible sur la face interne du muscle. A cette aponévrose succède le tendon qui va s'insérer à la base et aux côtés de la rotule.

Bords du vaste externe. — Le bord externe n'est libre que dans sa partie supérieure, là ou s'engagent les vaisseaux qui le séparent du crural ; plus bas, il devient aponévrotique et se réunit au bord externe du vaste interne, au niveau et un peu au-dessus du tendon commun. — Le bord externe apparaît *au-dessous du milieu de la cuisse,* qu'il traverse obliquement à la jonction du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs : on aperçoit au-dessous de lui les fibres les plus internes du muscle crural (C) qui déborde ainsi le vaste externe pour devenir sous-cutané. L'interstice entre les deux muscles est souvent occupé par une traînée graisseuse ; mais, en l'absence de celle-ci, on arrive à le trouver en considérant l'obliquité différente des fibres musculaires appartenant à chacun de ces muscles. J'insiste sur ce point, car cette portion du crural, qui paraît continuer sur la face externe de la cuisse, la masse du vaste externe, est souvent décrite comme appartenant au vaste externe, alors qu'elle appartient manifestement au crural.

Il est une particularité du vaste externe sur laquelle il importe d'appeler l'attention. Le bord interne du muscle est formé par l'accolement de deux lamelles. En poursuivant l'interstice celluleux qui sépare ces deux lamelles, on arrive aisément à dédoubler en partie le vaste externe. Il suffit, pour cela, de suivre les vaisseaux dans l'intérieur du corps charnu. Sur quelques sujets, ce dédoublement est très accentué. (Voy. *fig.* 36.) (*A suivre*).

CLINIQUE CHIRURGICALE

Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année 1887 (1) ;

par **Félix TERRIER**, profes. agrégé, chirurgien de l'hôpital Bichat.

Messieurs,

Comme d'habitude, j'ai l'honneur de vous soumettre la statistique des opérations faites dans mon service chirurgical pendant l'année 1887, soit par moi, soit par mes collègues, MM. Richelot et Quénu qui m'ont remplacé plusieurs mois.

1° *Opérations pratiquées sur les yeux* (43 opérations).

Cataractes . . . . 12 opér. 7 succès.
1 irido-cyclite persistante.
2 exsudats traités par l'iridectomie.
2 visions incomplètes par altération du fond de l'œil. Atrophie papillaire.
Cataractes traumatiques . . . . . . 2 opér. 2 résultats incomplets.
Vision nulle dans un cas ; cicatrices du corps strié dans l'autre cas.
Iridectomies . . . . 2 opér. 2 succès.
Iridectomies . . . . 10 opér. 7 succès.
1 cas d'expulsion du cristallin. Atrophie du globe consécutive.
1 cas de panophthalmie. Le malade avait été soigné antérieurement d'une ophthalmie suppurée.
1 résultat nul. On dut faire l'énucléation du staphylome
Ablation du globe . . . . 6 opér. 6 succès.
Opération de Sœmisch . . . . . . 2 opér. 2 guérisons.
Strabisme . . . . 5 — 5 —
Canthoplastie . . . . 2 — 2 —
Cautérisation linéaire pour entropion. 1 — 1 —
Blépharoplastie . . . . 1 — 1

(1) Communication à la *Soc. de Chir.*, séance du 7 mars 1888.

2° *Opérations sur la tête et la face* (17 opérations).

Ostéo-sarcome du crâne. Ablation. . 2 opér. 2 guérisons.
Kystes sébacés du cuir chevelu. Abl . 6 — 6 —
Kyste dermoïde du sourcil. Ablation. 1 — 1 —
Cancroïdes du nez. Ablation . . . . 2 — 2 —
Scrofulides de la face et du cou. Grattage . . . . 1 — 1 —
Enchondrome de la parotide. Ablat . 1 — 1 —
Fibrome du maxillaire supérieur . Ablation . . . . 1 — 1 —
Fistule du canal de Sténon . . . . 1 — 1 —
Palatoplastie et staphylorraphie. . . 1 — 1 —
Fibrome du voile du palais. Ablation. 1 — 1 —

3° *Opérations faites sur le cou* (9 opérations).

Trachéotomie . . . . 1 opér. 1 succès.
Laryngotomie inter-cricothyroidienne (rétrécissement du larynx). 2 opér. 1 guérison.
1 mort (large plaie du cou intéressant l'œsophage).
Cancer des ganglions. Ablation incomplète . . . . 1 opér. 1 récidive suivie de mort par cachexie.
Ganglions du cou. Extirpation . . . 1 opér. 1 guérison.
Adénites tuberculeuses suppurées. Grattage . . . . 2 — 2 —
Grenouillette sus-hyoïdienne . , . 2 — 2 —

4° *Opérations sur le thorax et le sein* (15 opérations).

Abcès froid de la paroi. Ouverture et grattage . . . . 3 opér. 2 guérisons.
1 fistule persistante.
Résection d'un cartilage costal. . . 1 — 1 —
Abcès sternal. Grattage après ouverture . . . . 1 — 1 en voie de guérison.
Gomme tuberculeuse de la paroi thoracique. Ablation . . . . . . 1 — 1 —
Pleurésie purulente. Empyème. . . 3 — 2 —
1 mort. Tuberculose.
Pyo-pneumo-thorax. Ouverture . . 1 — 1 mort.
Gangrène de la plèvre. Tuberculose.
Tuberculose mammaire. Ablation de la moitié du sein . . . . 1 opér. 1 guérison.
Tumeurs malignes du sein. Ablation. 4 — 4 —

5° *Opérations sur l'abdomen et l'intestin* (55 opérations).

Laparotomie pour étrangl. interne . 1 opér. 1 mort.
Laparotomie exploratrice pour cancer de l'estomac et du péritoine . . . 3 opér. 1 guérison. opératoire, 2 morts rapides (péritonite).
Laparotomies pour kystes hydatiques 2 opér. 1 guérison.
1 mort par péritonite (opération incomplète).
Laparotomie pour tumeur du mésentère . . . . 1 opér. 1 mort de perforation intestinale, 1 guérison.
Cholécystotomie (prof. U. Trélat) . . 1 opér. 1 mort de péritonite par épanchement de bile dans l'abdomen.
Abcès du foie. Ouverture directe . . 1 opér. 1 guérison.
Abcès froid de la paroi abdominale. Ouverture . . . . 1 opér. 1 en voie de guérison encore en traitement.
Phlegmon de la fosse iliaque. Ouvert. 1 opér. 1 guérison.
Hernies crurales étranglées. Opér. . 5 opér. 2 morts, une de choc et une d'hémorrhagie par l'épiploon.
3 guéries.
Hernies inguinales étranglées. Opér. 4 opér. 4 guérisons.
Hernies ombilicales étranglées. Opération et cure radicale . . . . . 1 opér. 1 mort au 7[e] jour de perforation intestinale.
Hernies inguinales non étranglées (cure radicale). . . . . 16 opér. 15 succès.
1 mort par congestion pulmonaire (opération de M. Richelot).
Sarcome vasculaire abdomino-pelvien (incision) . . . . 1 opér. 1 mort de cachexie.

Fistules anales . . . . 14 opér. 2 en voie de guérison encore dans le service. 12 guérisons.
Fissures anales (dilatation) . . . . 1 opér. 1 guérison.
Carcinome rectal. Ablation . . . . 1 — 1 — Récidive ultérieure.
Phlegmon péri-rectal (incision sans intéresser le sphincter) . . . . . 1 — 1 —

6° *Opérations sur les voies génitales de l'homme* (19 opérations).

Paraphimosis (débridement) . . . . 1 opér. 1 guérison.
Phimosis (circoncision). . . . . . 2 — 2 —
Eléphantiasis de la verge et du scrotum . . . . 1 — 1 —
Hydrocèles (résection de la vaginale). 2 — 2 —
Hydrocèles (ponction et cautérisation de *Defer*) . . . . 4 — 4 —
Hydrocèles (injection iodée) . . . . 1 — 1 —
Hydrocèles (ponction simple). . . . 1 — 1 —
Vaginalites suppurées . . . . . . 2 — 2 —
Varicocèle (ligature). . . . . . . 2 — 2 —
Tumeurs du testicule. Castration . . 3 — 3 —

7° *Opérations sur les organes génitaux de la femme* (110 opérations).

Salpingites (ablation) . . . . . . 2 opér. 2 guérisons.
Opération de Battey pour fibromes . 1 — 1 —
Hystérectomies abdominales pour fibromes . . . . 8 — 4 — 4 morts (choc et péritonites).
Hystéro-ovariotomies . . . . . . 2 — 1 — 1 mort de péritonite.
Sarcome utérin et ablation de l'ovaire. 1 — 1 —
Kystes de l'ovaire. . . . . 16 — 13 — 3 morts (péritonite, hyperthermie, cancer du péritoine).
Hystérectomies vaginales. . . . . 12 opér. 9 guérisons. 3 morts (choc et péritonites).
Epithéliomas du col et de l'utérus. Grattage . . . . 14 — 14 améliorations et guérisons opératoires.
Polypes fibreux de l'utérus . . . . 2 opér. 2 guérisons.
Fibromes intra-utérins. Enucléation . 4 — 3 — 1 mort de lymphangite purulente.
Atrésie du col (débridement) . . . 1 — 1 —
Métrites et atrésie du col. Dilatation . 4 — 4 —
Atrésie du col. Amputation . . . . 1 — 1 —
Hypertrophie du col. Amputation . . 2 — 2 —
Amputation sus-vaginale (cancer). . 3 — 3 —
Amputation conoïde de Schrœder. . 4 — 4 —
Opération d'Emmet . . . . 2 — 2 —
Endométrites. Grattages . . . . . 9 — 9 —
Périnéorraphie. . . . . 4 — 4 —
Kolporraphie . . . . 3 — 3 —
Kolpo-périnéorraphie . . . . . . 4 — 4 —
Hématocèle rétro-utérine. Incision . 1 — 1 —
Opération d'Alexander-Adams . . . 2 — 2 —
Fistule recto-vaginale . . . . . . 1 — 1 —
Fistule vésico-vaginale. . . . . . 2 — 1 insuccès opératoire. 1 guérison.
Hydrocèle du canal de Nück. . . . 2 opér. 2 guérisons.
Kyste de la grande lèvre . . . . . 1 — 1 —
Thrombus de la grande lèvre . . . 1 — 1 —
Phlegmon du ligament large gauche. Incision vaginale . . . . 1 — 1 voie de guérison.

8° *Opérations sur les voies urinaires* (18 opérations).

Abcès périnéphrétique (ouverture). . 1 opér. 1 mort d'épuisement.
Abcès froid des lombes (ouverture et grattage) . . . . 1 opér. 1 guérison avec fistule.
Hydronéphrose (ablation du rein) . . 1 — 1 —
Taille sus-pubienne pour calcul vésical . . . . 1 opér. 1 guérison.
Végétations uréthrales chez la femme. Ablation et grattage. . . . . . 2 — 2 —
Uréthrotomie externe . . . . . . 1 — 1 —
Uréthrotomies internes . . . . . 11 — 11 —

9° *Opérations faites sur le membre supérieur* (22 opérations).

Résection de l'épaule (ostéomyélite) . 1 opér. 1 mort par choc ou syncope.
Arthrotomie et grattage de l'articulation du coude (fongosités) . . . 2 opér. 2 guérisons.
Résection du coude . . . . 1 opér. 1 guérison, réunion par première intention.
Résection métacarpo-phalangienne . 1 — 1 —
Résection du poignet . . . . . . 1 opér. 1 mort d'embolie plus d'un mois après l'opération et 1 guérison.
Evidement d'une phalange . . . . 1 opér. 1 guérison.
Amputation des doigts . . . . . . 7 — 7 —
Kystes du poignet (ablation). . . . 2 — 2 —
Ligature de l'artère cubitale. . . . 2 — 2 —
Ligature de la radiale . . . . . . 1 — 1 —
Suture du nerf médian . . . . . . 1 opér. 1 résultat inconnu.
Suture du tendon fléchisseur (médius et annulaire) . . . . 1 — 1 résultat nul

10° *Opérations faites sur le membre inférieur* (33 opérations).

Amputation de la cuisse . . . . . 6 opér. 3 morts, collapsus, septicémie gangréneuse, tuberculose aiguë, syncope, 3 guérisons dont un chez un diabétique.
Exostose du fémur (ablation). . . . 1 opér. 1 guérison.
Ostéite du fémur. . . . . 2 — 2 —
Plaies de l'artère et de la veine fémorale (ligature) . . . . 1 — 1 —
Ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa. . . . 1 — 1 guérison, (réunion par première intention).
Corps étranger du genou (ablation) . 1 — 1 —
Arthrotomie du genou, grattage. Evidement . . . . 2 — 1 guérison, 1 en traitement et en voie de guérison.
Suture du tibia (fractions compliquées deux jambes. . . . . 1 opér. 1 mort cachectique 6 mois après.
Evidement du tibia . . . . 2 — 2 guérisons.
Gangrène de la jambe par rupture de la fémorale après fracture de cuisse. — Amputation de la jambe. . . . 1 — 1 en voie de guérison, encore en traitement.
Sarcomes cutanés au genou. . . . 2 — 2 guérisons.
Tarsectomie pour pied-bot . . . . 1 — 1 —
Evidement des os du tarse (ostéite tuberculeuse. . . . . 1 — 1 en traitem.
Ablation du 5e métatarsien droit . . 1 — 1 guérison.
Ténotomie du tendon d'Achille . . . 1 — 1 —
Orteil en marteau (résection articul.). 3 — 3 —
Ongles incarnés (ablation et excision). 4 — 4 —
Lipome de la fesse (ablation) . . . 1 — 1 —
Ostéite de l'os iliaque (grattage . . 1 — 1 guérison incomplète.

En résumé nous arrivons à un total de 341 opérations, dont une centaine fort graves, ayant donné 30 morts.

On me permettra de revenir sur ces insuccès :

1° Une énorme plaie du cou ayant intéressé le larynx et l'œsophage a été traitée par la sonde à demeure et la laryngotomie inter-cricothyroïdienne. Le blessé est mort de syncope dans la journée.

2° Deux opérés d'empyème ont succombé aux accidents tuberculeux qu'avaient déterminé l'épanchement pleural.

3° Cinq laparotomies pour étranglement interne, cancer de l'intestin, kystes hydatiques multiples, chol cystotomie (U. Trélat), et tumeur du mésentère (Richelot),

se sont terminées par la mort par péritonite; notez que dans le cas de M. Richelot l'issue fatale a été due à une perforation intestinale tardive.

4° Trois hernies étranglées sont mortes : une de choc opératoire, une d'hémorrhagie par ligature incomplète de l'épiploon (M. Bazy), une par perforation intestinale au 7e jour.

5° Une cure radicale, faite par M. Richelot, chez un sujet très âgé, sujet qui avait déjà résisté à une opération analogue d'un côté, s'est terminée par une congestion pulmonaire ultime. Il n'y avait pas de péritonite.

6° Quatre hystérectomies abdominales sont mortes de choc et de péritonite aiguë.

7° Trois kystes de l'ovaire ont succombé : deux à la péritonite, et dans un de ces cas il y avait cancer généralisé du péritoine, une à des accidents d'aspect septique avec hyperthermie extraordinaire (42°,5).

8° Trois hystérectomies vaginales ont succombé à des phénomènes de péritonite subaiguë.

9° Un fibrome interstitiel que j'ai énucléé et qui pesait 450 gr., s'est terminé par une lymphangite purulente mortelle. Je reviendrai sur ce cas.

10° Un abcès périnéphrétique, ouvert à la dernière période d'épuisement du malade, a déterminé la mort rapide.

11° Une résection de l'épaule et une résection du poignet ont succombé à une syncope. Dans la résection du poignet l'accident eut lieu un mois après l'opération et résulta d'une embolie.

12 Enfin les trois amputés de cuisse succombèrent : l'un au collapsus après l'opération, l'autre à une syncope déterminée par une tuberculose pulmonaire avancée, le troisième à une septicémie gangréneuse gazeuse.

Dans tous ces cas de morts, toujours mettant de côté les péritonites, que je considère comme d'origine septique pour la plupart, j'ai deux morts absolument dues à des accidents septicémiques.

La première est une femme qui était porteur d'une grosse tumeur fibreuse interstitielle de la paroi antérieure de l'utérus. Après désinfection du vagin, j'ouvris la muqueuse en avant et énucléai avec les doigts tous les fibromes, opération difficile qui dura une heure 3/4. La température monta dès le soir, et la malade succomba au bout de quelques jours, avec des accidents septicémiques dus à une lymphangite utérine constatée à l'autopsie. Quelle en a été l'origine, c'est. je crois, parce que, contrairement à mes habitudes, j'ai fait cette opération après la visite et après avoir examiné d'autres femmes soit par le toucher, soit avec le spéculum.

Quant au malade qui a succombé à la septicémie gangréneuse, son histoire est simple : atteint de fracture compliquée de jambe, il a été soigné, à son entrée, par un élève externe d'un service de médecine, on a été chercher un chirurgien du Bureau central qui, après lavage antiseptique, a mis la jambe du blessé dans une simple gouttière en fil de fer. Je l'ai trouvé le lendemain avec de l'emphysème septique. Certes, il a été inoculé pendant ces manœuvres, car je n'ai jamais eu de septicémie gangréneuse dans le service depuis 5 ans, et il n'y en a jamais eu depuis lors.

En terminant, je ferai remarquer que je n'ai eu, cette année, ni érysipèle, ni tétanos.

LONGÉVITÉ. — Le *Boston medical and surgical Journal*, du 9 février 1888, rapporte la mort, à l'âge de 115 ans, à Constantinople, d'un français qui avait été l'ami de Marat, de Danton et de Robespierre.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

De la prostitution à Paris et de la prophylaxie des maladies vénériennes.

En 1873, Herbert Spencer, dans son *Introduction à la Science sociale*, parlant des difficultés objectives que cette science rencontrait fréquemment, citait comme exemple la question de la prostitution.

« Tous ceux qui s'occupent de médecine, disait-il, savent qu'il était admis, il y a dix ans, que la maladie connue sous le nom de syphilis était beaucoup moins dangereuse qu'autrefois. Les professeurs le disaient en chaire à leurs élèves, les journaux médicaux l'imprimaient dans leurs colonnes ; c'était un lieu commun que les hommes du métier ne songeaient même pas à discuter. Mais de même que les fanatiques de la tempérance crient de plus en plus fort à la répression, à mesure que l'ivrognerie diminue, de même certaines institutions et certains agents ont fait croire à la nécessité de mesures préventives rigoureuses au moment où les maladies vénériennes devenaient plus rares et moins sérieuses. »

Cet auteur appuyait ses déclarations par des citations empruntées à Ambroise Paré, Auzias-Turenne, Astruc, et par une série de témoignages dus à MM. Skey, John Simon, Syme, Thompson, Acton, J. Hutchinson, Diday, Lancereaux, etc., qui sont tous unanimes à reconnaître que la syphilis va en s'affaiblissant de jour en jour dans toute l'Europe.

« Cependant, malgré l'abondance et la valeur des témoignages précités, il a été possible de présenter la situation sous un jour tel que le public et le pouvoir législatif ont été persuadés de la nécessité de prendre des mesures énergiques pour arrêter les progrès croissants du fléau. »

Diminution de la syphilis. — En France, actuellement, une frayeur sans fondement semble s'être emparée des esprits. Les maladies vénériennes ont-elles augmenté? Consultons les chiffres donnant le nombre de femmes arrêtées reconnues syphilitiques par les médecins de Saint-Lazare : Sur 1.000 filles publiques environ envoyées à cette prison par les médecins du dispensaire, on trouve qu'en 1875 il y avait 589 syphilitiques; en 1878, 473; en 1880, 479.

Diminution des filles inscrites — Pour combattre avec succès la syphilis, il faudrait que les filles soumises fussent placées dans des conditions telles qu'une surveillance efficace puisse les empêcher de nuire à autrui. Or, leur nombre diminue de jour en jour au lieu de s'élever au chiffre de 4 441 comme en 1841, il n'est plus que de 2.500 en 1888. Les maisons de tolérance ne sont plus qu'au nombre de 70 aujourd'hui, tandis qu'en 1853 il y en avait encore 250 ; et, c'est à peine si elles contiennent 500 femmes au lieu de 1.852 comme en 1855. De 1878 à 1883, le nombre des filles inscrites isolées ou en maison est tombé de 4.517 à 2.987 (1), et cependant, le chiffre de la population est en progression. En 1855, il y avait 36 filles inscrites pour 1.000 habitants, en 1880, on n'en compte plus que 16.

Ces filles inscrites ne se soumettent pas facilement aux mesures actuelles ; un grand nombre disparaît tous

(1) En 1885 sur 611 nouvelles inscriptions, on comptait 573 célibataires et 38 femmes mariées. — En 1860, sur 388 nouvelles inscriptions, on comptait 360 célibataires et 28 femmes mariées. — En 1865, sur 311 nouvelles inscriptions, on comptait 298 célibataires et 13 femmes mariées. — En 1869, sur 370 nouvelles inscriptions, on comptait 337 célibataires et 33 femmes mariées.

les ans. La crainte de Saint-Lazare les empêche de se rendre au Dispensaire. De 1820 à 1828, 5.433 filles disparaissent, dans les huit années suivantes, on ne peut en reprendre que 2.126 (Parent-Duchâtelet). D'après M. Lecour, le nombre des disparitions augmente de 1855 à 1869; en 1880, sur 3.582 filles soumises, 1.935 échappent à la police.

Pour avoir une idée exacte de l'inefficacité des mesures actuelles, il suffit d'établir avec M. Leclerc le nombre de visites qui devraient être pratiquées par an. En 1878, il y avait 2.300 filles soumises, ce qui ferait 55.200 visites au Dispensaire, si chaque femme venait deux fois par mois, comme l'exige le règlement. Or, il n'y a que 35.985 examens. De plus, presque toutes les radiations sont forcées. De 1861 à 1869, sur 6.848 radiations, 44 ont eu lieu par suite d'autorisation accordée pour tenir les maisons de tolérance, et 6.791 ont été faites par suite de disparitions. De 1872 à 1876, sur 6.712 radiations, 6.413 ont été forcées. On voit donc qu'elles augmentent tous les jours; avant 1870, la moyenne était de 526 par an, aujourd'hui elle est de 1.362 (Lecour).

« Cette cause d'augmentation du nombre des disparitions, nombre qui va grossir celui de la prostitution insoumise est surtout due à la répugnance croissante que montrent les prostituées inscrites à se soumettre aux obligations sanitaires et disciplinaires qui leur sont imposées (Lecour, p. 348) ».

En général, la police retrouve la trace de 600 à 700 femmes par an.

Inscriptions des mineures. — Dans le relevé des inscriptions, on est surpris de voir le grand nombre de mineures qui y figurent. En 1855, sur 611 inscriptions, on compte 354 majeures, 75 mineures de 16 à 18 ans et 182 mineures de 18 ans accomplis. En 1873, sur 969 inscriptions, 138 mineures de moins de 18 ans, 188 n'ayant pas 21 ans. En 1878, sur 624 inscriptions, 173 mineures dont 114 ayant 18 ans accomplis.

Filles insoumises. — Au nombre de 100.000, dit Maxime Ducamp, de 30.000, d'après les administrateurs et les médecins de la police sanitaire; mais il ne faut pas oublier qu'on doit faire rentrer dans cette catégorie la cocotte du Helder, la femme galante qui subvient aux dépenses nécessitées par le luxe en recevant dans des maisons intermédiaires, etc. Sur ce nombre si considérable, on ne fait que 1.323 arrestations en 1855, 2.105 en 1879. Naturellement on ne s'en prend qu'aux malheureuses; la prostitution élégante échappe à la police.

La syphilis est plus fréquente chez les filles du dépôt et chez les mineures. — L'internement en maison ou la visite isolée ne sont pas des garanties, comme le croit le public.

« Au premier aperçu, dit Parent-Duchâtelet, tout semblait faire croire que les filles appartenant aux dames de maison étant en général mieux choisies, mieux surveillées, plus souvent et plus attentivement visitées devraient présenter plus de garanties que le reste de la population. Or, nous observons le contraire... »

En effet, ces filles sont obligées de s'abandonner au premier venu qui les réclame, même s'il est malade.

« Ces filles n'ayant qu'une clientèle passagère, dit M. Carlier, sont moins soigneuses de leur corps et moins scrupuleuses de la santé de leurs visiteurs. » « La pratique dans le ressort de la préfecture, dit M. Lecour, a prouvé que les habitudes des filles isolées et l'indépendance relative dont elles jouissent par comparaison avec la situation dépendante des filles de maisons les préservent dans une certaine mesure des rapports dangereux au point de vue sanitaire ».

Si l'on consulte le relevé des cas de syphilis chez les filles soumises, on voit qu'en 1876, sur 4.493 filles en carte, dont 1.145 en maison et 3.348 isolées, les premières ont fourni 263 syphilitiques et les dernières 351, dont 199 cas constatés chez les filles du dépôt (1). En 1880, sur 3.354 soumises, dont 1.041 en maison et 2.313 isolées, on a trouvé 205 syphilis chez les unes et 309 chez les autres, dont 207 parmi les filles du dépôt. On voit de suite que la majorité des soumises syphilitiques échappe pendant un certain temps à la police; sans donner le tableau complet de la syphilis chez les insoumises (on le trouve dans tous les livres traitant de la prostitution), je dirai qu'en 1869, année qui a fourni le plus grand nombre de syphilis parmi les insoumises, on n'en a constaté que 840 cas sur 1.999 femmes arrêtées. La même année on a trouvé 519 cas de syphilis chez 3.731 femmes inscrites.

Quand on veut établir la population des syphilitiques soumises et insoumises, il est tout aussi injuste de se baser sur le nombre des arrestations des insoumises que de prendre pour base de ses recherches le nombre des visites au Dispensaire, attendu qu'un grand nombre de femmes inscrites échappent aux examens règlementaires. D'octobre 1878 au 1er janvier 1880, sur 3.445 insoumises arrêtées, il y avait 2.305 mineures et 1.138 majeures.

« C'est parmi les mineures, dit M. Lecour, que l'on trouve le plus de cas d'affections syphilitiques. Cela se conçoit. Emportées comme par un tourbillon, sans véritable domicile, passant d'un gîte dans un autre et vivant dans une sorte de vagabondage, elles restent en dehors des précautions et des habitudes de propreté spéciales qui distinguent le plus grand nombre des femmes inscrites. Si l'on n'avait d'autre mission que de prévenir le danger sanitaire, ce serait surtout ces filles qu'il faudrait assujettir à l'inscription et aux mesures médicales, visites et traitement qui en sont la conséquence; mais les mineures appartiennent avant tout à l'autorité paternelle qui peut intervenir utilement pour les corriger et les ramener dans la bonne voie. » (p. 159).

Puisqu'on ne peut attaquer la syphilis à sa source, à quoi bon règlementer ?

Insuffisance du traitement. — D'après les relevés de séjour à Saint-Lazare de 291 filles syphilitiques, on voit que la durée moyenne du traitement a été de vingt jours, alors qu'à l'hôpital, d'après M. Després, la durée moyenne du séjour est de 58 à 65 jours. Aussi constate-t-on environ 40 récidives par an, c'est-à-dire une récidive sur six malades.

Les syphilitiques étant toutes arrêtées, la maladie se propagerait. — La police protège les hommes sains contre les femmes malades; seul, en 1816, un préfet de police, M. Anglès, a eu l'idée d'interner ceux-là dans un hôpital; mais la commission nommée à cet effet a dit qu'on ne pouvait forcer les hommes à se laisser visiter;

(1) Les 9/10 des filles du dépôt sont des filles en carte qui sont arrêtées soit pour provocation publique, soit surtout pour retard ou manquement à leurs visites.

et que de plus on ne pouvait retenir ceux qui seraient simplement des vénériens. Admettons que la police interne après examen toutes les prostituées malades; dans peu de temps, nombre de femmes saines à l'heure actuelle, contaminerait des hommes sains, par l'intervention d'hommes malades. L'homme a donc sa part de responsabilité vis-à-vis de la santé publique, car en contaminant une fille publique, il est l'auteur de la syphilis qui atteindra ultérieurement tous les hommes rèçus par cette fille.

Droit d'arrestation des prostituées.— Il n'existe aucune loi donnant ce droit à la police : « La jurisprudence « de l'administration, dit Parent-Duchâtelet, varie sui- « vant les idées particulières des préfets. » Delessert, en 1843, dit que la législation n'a pas prévu ces atteintes portées à l'ordre public. Il traite ces mesures d'arbitraires. Vivien parle de cette justice sommaire, exceptionnelle... Batbie dit que le droit de détenir les prostituées est tiré de textes qui ne le renferment pas. Faustin Hélie dit aussi qu'aucune loi ne donne à l'administration le droit d'arrêter ces filles et de les détenir arbitrairement. M. Andrieux (1) entre l'arbitraire légal et l'arbitraire administratif préfère ce dernier.

Tous les citoyens sont égaux devant la loi ; tout ce qui n'est pas défendu par la loi ne peut être empêché ; nul ne peut être arrêté que dans les cas déterminés par la loi et sous les formes qu'elle a prescrites: tels sont les principes de 89 rappelés dans nos Constitutions.

Mesure à prendre pour combattre la syphilis. — Créer des dispensaires et donner aux malades les moyens de traitement. « La diminution de la syphilis, dit M. Clerc, ancien médecin en chef du Dispensaire, se manifesterait rapidement, et dans des proportions considérables, si l'on fournissait aux malades les moyens de se soigner facilement et sans rien dépenser. » Si les femmes se sont éloignées de Lourcine comme de Saint-Lazare, c'est que l'Assistance publique ne pouvant retenir de force les malades à l'hôpital, l'administration de Lourcine signalait jadis à la police les femmes non guéries qui quittaient l'hôpital sur leurs demandes. Une voiture les conduisait alors à Saint-Lazare. Qu'au besoin on crée des hôpitaux pour que 81 syphilitiques sur 100 malades contagieux demandant leur admission ne soient pas renvoyés faute de place, comme l'a constaté le Dr Le Pileur, à la consultation de M. Fournier, à Saint-Louis. Laissons les prostituées libres; mais qu'en cas d'infraction à la loi commune et aux ordonnances de police, ces femmes soient justiciables des tribunaux ordinaires.

Les filles mineures se livrant à la prostitution sont ordinairement des enfants abandonnées, des orphelines de père ou de mère qu'exploitent les parents ou les tuteurs ; qu'on sévisse contre ceux-ci et qu'on protège ces enfants moralement abandonnées. En un mot, demandons avec la commission municipale composée de MM. Sigismond Lacroix, président; Bourneville, secrétaire ; Cusset, Dubois, Y. Guyot, Hovelacque, Level, Levraud, G. Martin, Réty, Thulié et Fiaux, rapporteur, qu'on restitue à une classe de citoyens la liberté, le premier droit social, mais qu'on exige d'elles le respect de la décence publique et du droit commun ; qu'on assure les soins nécessaires à tous, on supprimera ainsi la terreur des malades qui n'hésiteront plus alors à recourir aux soins qu'exige leur état de santé.

(1) *Semaine médicale*, 29 février 1888.

Voici maintenant les considérants qui ont amené la *Société de médecine pratique*, dans sa dernière séance, à émettre les vœux que nous reproduisons :

1° Considérant que le nombre des prostituées inscrites n'a pas cessé de diminuer ; que beaucoup d'entre elles, loin de se soumettre aux obligations résultant de l'inscription, disparaissent ; que le chiffre des arrestations des filles insoumises, par rapport à leur nombre, est relativement peu élevé ; — 2° Considérant que c'est parmi les filles mineures que l'on trouve relativement le plus de cas d'affections syphilitiques ; que la durée du traitement à la prison-infirmerie de Saint-Lazare est insuffisante ; — 3° Considérant que les hommes sont des agents de contamination ; — 4° Considérant que la loi n'autorise pas l'arrestation des prostituées ; — 5° Considérant enfin que la syphilis est une maladie et non une cause de délit, et qu'actuellement la femme vénérienne a intérêt à cacher sa maladie au lieu de la déceler ;

La Société de médecine pratique émet le vœu : 1° de créer des Dispensaires multiples de salubrité publique pour les maladies vénériennes, et de faciliter aux nécessiteux les moyens de traitement. Dans ces Dispensaires, on pourrait délivrer aux femmes, sur leurs demandes, des cartes attestant de l'état de leur santé au jour de la visite; — 2° de faire rentrer les prostituées dans le droit commun en supprimant l'emprisonnement arbitraire et les visites obligatoires ; — 3° enfin, de maintenir la liberté de chacun sur la voie publique par les moyens légaux. J. Baratoux.

L'installation et le fonctionnement du laboratoire d'Histologie à la nouvelle Ecole pratique de la Faculté de médecine.

Le laboratoire des travaux pratiques d'histologie de la Faculté, relégué pendant plusieurs années dans un local insuffisant et écarté, l'ancien collège Rollin, vient d'être transporté dans les bâtiments de la nouvelle Ecole pratique. Les salles, situées au troisième étage, sont spacieuses et parfaitement éclairées. Rien n'a été épargné pour l'aménagement matériel de ce laboratoire qui peut vraiment être considéré comme un modèle des établissements de ce genre.

M. le Dr Remy, professeur agrégé, chef des travaux d'histologie, assisté de MM. Variot, Launois, Chatelier, Pilliet, Girode, Chantre, Hugues, Martin, Binot, Dupuy, Moreau, Legrand, Alcindor s'occupe constamment des démonstrations.

Tous les étudiants en médecine passent en série et à tour de rôle dans ce laboratoire pratique. En peu de temps, ils peuvent vérifier sur des préparations microscopiques mises à leur disposition, les notions théoriques acquises aux cours de la Faculté ou dans les livres spéciaux. Les élèves s'exercent aussi à la reconnaissance des préparations microscopiques les plus simples qui leur sont demandées aux examens.

A côté du laboratoire des travaux pratiques proprement dit, où les étudiants reçoivent un enseignement

élémentaire, fonctionne un laboratoire de recherches largement ouvert aux histologistes français et étrangers. Une salle indépendante est réservée à cet effet et un préparateur est spécialement attaché à ce service. Plus de vingt élèves, parmi lesquels la majorité appartient à l'internat des hôpitaux, fréquentent assidûment ce laboratoire de recherches.

Dans des conditions matérielles aussi satisfaisantes, et sous la haute direction de M. le professeur Mathias Duval et de M. le Dr Remy, les étudiants en médecine pourront enfin recevoir une instruction sérieuse qui leur permettra d'aborder avec fruit l'étude actuellement indispensable de l'histologie pathologique.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1888.—Présidence de M. Janssen.

M. Ranvier décrit les *sinus veineux des ganglions sympathiques.* Les artères des ganglions, comme celles des cordons sympathiques, sont petites. Elles se divisent, se subdivisent, et viennent se perdre dans un réseau capillaire dont les mailles assez larges contiennent plusieurs cellules ganglionnaires. Les veines, dont le calibre est relativement considérable, sont tortueuses, variqueuses, plexiformes, et se terminent par des culs-de-sac dans lesquels se jettent quelques-unes des branches afférentes du réseau capillaire. Les autres de ces branches se rendent à d'autres points du plexus veineux. Le développement si considérable de cet appareil veineux des ganglions sympathiques rappelle la disposition bien connue des sinus de la dure-mère. Ces sinus paraissent destinés à favoriser le départ du sang qui a traversé le cerveau: Dans cet organe, à fonctions actives et délicates, il importe, non seulement qu'il arrive du sang frais en abondance, mais encore que le sang, altéré par les échanges organiques, soit rapidement enlevé. Les veines béantes des ganglions sympathiques paraissent être les analogues des sinus de la duremère et doivent avoir les mêmes fonctions. C'est pour cela que M. Ranvier les désigne sous le nom de sinus veineux des ganglions sympathiques. M. Ranvier rappelle, en outre, que ces ganglions sympathiques contiennent des cellules nerveuses étoilées comme celles du cerveau et de la moelle épinière, tandis que les cellules des ganglions cérébro-spinaux sont unipolaires. Les ganglions sympathiques se rapprochent donc des centres nerveux de la vie animale, et par la forme de leurs cellules, et par la disposition de leur appareil vasculaire : ils ont des fonctions très actives. D'autre part, de même que les autres nerfs et les autres ganglions, les cordons et les ganglions sympathiques ne renferment pas de vaisseaux lymphatiques.

MM. G. Chancel et Parmentier, à propos du *procédé de dosage du chloroforme* signalé récemment par M. de S.-Martin, rappellent qu'ils ont indiqué déjà l'emploi de ce même procédé. Quant aux déterminations données par M. de S.-Martin sur la solubilité du chloroforme dans l'eau, ces déterminations paraissent inexactes.

MM. Cornil et Chantemesse étudient *les propriétés biologiques et l'atténuation du virus de la pneumo-entérite des porcs.* Le virus résiste assez énergiquement à la dessication et à la congélation. Le microbe se cultive et se reproduit très facilement dans l'eau distillée où il vit pendant plus de quinze jours. L'alcool absolu et la solution de sulfate de cuivre au cinquième arrêtent tout développement au bout d'une heure. L'acide oxalique en solution aqueuse saturée. la soude caustique, l'iodoforme en solution alcoolique saturée, les acides chlorhydrique, nitrique et sulfurique au cinquième tuent le microorganisme en un quart d'heure. De toutes les substances antiseptiques, celle que MM. Cornil et Chantemesse recommandent comme la plus efficace, consiste dans le mélange suivant : Eau 100 gr., acide phénique 4 gr., acide chlorhydrique 2 gr. Ajouté en parties égales à une culture, celle-ci est stérilisée en moins d'une minute. Pour obtenir une atténuation du virus, MM. Cornil et Chantemesse ont fait agir simultanément l'air et la chaleur (43°). Au bout de trente jours de chauffage constant, les cultures n'ont perdu aucune de leurs propriétés virulentes : elles tuent en quelques jours les cobayes et les lapins. Après soixante-quatorze jours, le virus est notablement modifié : mais il tue encore parfois les animaux. Au bout de quatre-vingt-dix jours de chauffage, l'atténuation est suffisante pour que le virus ne tue plus les cobayes et ne leur donne qu'un abcès sous cutané. Les lapins ne présentent même pas toujours cette lésion locale. Les cultures filles de ce virus se développent très bien et se transmettent les unes aux autres leurs qualités. Avec ce virus atténué, il est facile de donner aux cobayes et aux lapins l'immunité contre le microbe virulent.

MM. Gréhant et Quinquaud analysent les produits de *la respiration de la levure de grains à diverses températures.* Ils ont cherché d'abord quels étaient les produits de la levure vivant dans l'eau distillée en l'absence de sucre et en présence d'un volume d'air déterminé. Ils ont vu que dans ces conditions, le rapport CO^2 est variable avec la température.

M. E. Weill signale l'*emploi de l'acide carbonique dans le traitement de certaines formes de dyspnée.* Ce procédé thérapeutique lui a été suggéré par les expériences de M. Brown-Séquard au sujet des effets inhibitoires produits par l'insufflation d'un courant de ce gaz sur le larynx. M. Weill fait respirer à ses malades de l'acide carbonique pur au moyen d'un appareil Limousin : la quantité employée chaque fois variait environ de 2 litres à 4 litres. Il ne s'est jamais produit d'effet fâcheux immédiat ou consécutif : mais il s'est toujours manifesté une action eupnéique très nette, qui se produisait instantanément et qui avait des effets durables. Les malades traités de la sorte étaient surtout des tuberculeux présentant des accès de dyspnée intense avec angoisses et palpitations cardiaques. Quand on leur fait inhaler le gaz au moment d'un paroxysme, l'accès est coupé court : la toux s'arrête, l'oppression et les palpitations diminuent. Le malade a un sentiment de bien-être accusé. Dans les inhalations faites entre les accès, il y a un premier effet analogue au précédent, le malade respire plus librement ; mais de plus, il y a une action préventive sur les paroxysmes : ceux-ci diminuent de fréquence, d'insensibilité et de durée. La dyspnée des emphysémateux atteints d'albuminurie a été amendée par le même traitement. Chez tous les malades, il se produit, à la fin de l'inhalation, une abolition de la sensibilité réflexe du pharynx et du larynx, qu'on pourrait utiliser au même titre que celle que provoque la cocaïne.

M. Pourquier décrit un *parasite du cow-pox*, c'est à ce parasite que serait due la dégénérescence du vaccin. Le parasite est un micrococcus qui envahit les pustules vaccinales de la génisse et les transforme peu à peu en pustules inflammatoires. M. Pourquier montre du reste quelles sont les modifications apparentes subies par la pustule et par le liquide vaccinal après l'introduction du parasite. Il faut, par une antisepsie rigoureuse, se mettre à l'abri de ce dernier.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 3 mars 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Joffroy, sans contester les résultats obtenus par M. Dejérine en ce qui regarde l'anatomie pathologique des amyotrophies tabétiques, rappelle que les amyotrophies ne reconnaissent pas toujours comme cause les névrites périphériques signalées par cet auteur. En effet, MM. Charcot et Pierret ont trouvé dans des cas semblables des altérations des grandes cellules motrices des cornes antérieures absolument analogues à celles que l'on rencontre dans la paralysie infantile. En 1885, M. Joffroy lui-même a mon-

tré à la Société médicale des hôpitaux les pièces d'un tabétique amyotrophique qui présentait dans la région lombaire une altération diffuse de la moelle comprenant la désintégration et la disparition d'un certain nombre de grandes cellules motrices Récemment enfin, M. Marie a publié une observation dans laquelle on voit l'atrophie du noyau bulbaire de l'hypoglosse coincider avec une hémiatrophie de la langue chez un tabétique.

MM. Chantemesse et Widal communiquent les résultats de leurs recherches relatives à l'immunité contre le virus de la fièvre typhoïde conférée par des subtances solubles. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes : 1° Les souris qui ont été préalablement inoculées avec du bouillon privé de bacilles, mais dans lequel ont vécu des colonies de germes typhiques, résistent au virus virulent; 2° Les souris qui ont reçu du bouillon stérilisé dans lequel ont vecu des microbes indifférents ne résistent pas au virus de la fièvre typhoïde.

M. Charrin a déjà entretenu la Société des paralysies qu'il a obtenues en injectant dans les veines du lapin le microbe de la pyocyanine. Il a essayé de produire à nouveau ces troubles moteurs en injectant cette fois les produits solubles de ces cultures absolument stérilisées. Il y est arrivé après quelques tâtonnements particulièrement relatifs à la dose et à la répétition des injections. Ces paralysies ne sont pas complètement identiques à celles que l'on obtient en injectant le microbe

M. Ch. Féré rappelle que M. Vigouroux a montré qu'il existait des différences considérables de la résistance électrique des tissus suivant les individus. Ces différences se montrent également chez le même sujet sous l'influence des excitations sensorielles et des émotions. Ces faits sont très nets chez les hystériques, chez lesquels à l'aide des diverses suggestions on peut déterminer de très vives emotions et des excitations sensorielles très considérables. Il en résulterait, suivant encore l'opinion de M. Vigouroux, que ces différences ne tiennent pas à l'état de l'épiderme, mais bien à la vascularisation plus ou moins prononcée des tissus.

M. Brown-Séquard rappelle, à propos d'une observation de M. Chauveau, que ce n'est pas le seul bout périphérique du nerf qui dégénère après la section, mais bien encore le bout central. Il y a même des actions à distance, car le nerf crural dégénère à la suite de la section du nerf sciatique.

M. Demars, interne de M. Tillaux, rapporte l'observation d'un homme qui, il y a trois ans, se coupa le nerf médian en passant le bras à travers une vitre. Il existait une insensibilité complète des trois premiers doigts de la main accompagnée de l'impossibilité de fléchir complètement les doigts. Le mouvement d'opposition du pouce était egalement aboli. De plus l'index et le médius présentaient quelques troubles trophiques. M. Tillaux incisa la peau, et ayant constaté que les deux extrémités du médian étaient distantes l'une de l'autre de 4 centimètres, il sutura les deux bouts du nerf ; trois heures après, la sensibilité et la mobilité avaient reparu dans le territoire du médian et la température de la main légèrement abaissée avant l'opération redevint également normale. Ces phénomènes persistaient jusqu'à ces derniers temps lorsque le malade fit une chute à la suite de laquelle tous les troubles precités reparurent, mais moins accentués. Pensant qu'il y avait eu disjonction des deux extrémités nerveuses, M. Tillaux fit une nouvelle incision et constata que le nerf était parfaitement continu et non adhérent à la peau Il referma l'incision et s'aperçut alors que la sensibilité et la motilite avaient de nouveau reparu. On s'était préalablement assuré que le malade n'était pas hystérique et qu'il ne simulait pas.

M. Brown-Séquard voit dans ces faits une confirmation éclatante de la théorie de l'inhibition. Une simple excitation cutanée aurait parfaitement, suivant lui, suffi pour rétablir les fonctions nerveuses, ce que prouverait d'ailleurs la deuxième opération.

M. Babinski demande si les muscles de l'éminence thénar étaient atrophiés; dans cette hypothèse on comprendrait difficilement le retour immédiat de la motilité des muscles atrophiés.

M. Demars répond qu'il existait en effet de l'atrophie des muscles du thénar et que cette atrophie a peu à peu disparu.

M. Laborde croit qu'avec les connaissances physiologiques actuelles il est impossible d'expliquer le rétablissement immédiat des fonctions d'un nerf dont on vient de suturer les deux bouts.

M. E. Berger communique le résultat de ses recherches sur la *chambre postérieure de l'œil*.

M. Beauregard remet une note de M. Boulart sur les canaux biliaires érectiles.

M. Vignal lit un travail sur l'action de quelques substances antiseptiques sur le Bacillus mensontericus vulgaris ; — M Beauregard sur la dentition des Mammifères ; — M. Berger (de Gratz) sur les cellules ganglionnaires de la moelle épinière des serpents.

Élections. — M. Brasse est élu membre titulaire de la Société. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 mars 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. le Président déclare une *vacance* dans la section de pharmacie.

Election de deux membres correspondants nationaux. — *Première élection.* Votants : 56 ; majorité : 29. Au premier tour de scrutin, M. de Closmadeuc (de Vannes), est élu par 46 voix, contre MM. Lanelongue (de Bordeaux), 4 ; Queirel (de Marseille). 2 ; Jouon (de Nantes), 1 ; Desmons (de Bordeaux), 1 ; Dezanneau (d'Angers), 1 ; bulletin blanc,— 1. *Deuxième élection.* Votants : 58 ; majorité : 30. M. Jouon est élu par 33 voix contre MM. Dezanneau, 16 ; Lanelongue, 5 : Queirel 3 ; Desmons, 1.

M. Panas fait une communication *sur la valeur de l'érythrophléine en ophthalmologie* qu'il résume ainsi : Comme anesthésique local sur l'œil, l'érythrophléine est loin de valoir la cocaïne ; si son action anesthésiante est d'une plus longue durée, en revanche, l'inflammation et les douleurs qui accompagnent la rendent impropre pour tout ce qui concerne les opérations sur les yeux. On peut obtenir l'anesthésie par la cocaïne durable, en répétant les instillations.

M. Terrillon présente un malade auquel il a pratiqué la *gastrostomie* pour un rétrécissement de l'œsophage siégeant au niveau du cardia. Il s'agit d'un homme âgé de 53 ans, non cachectique, et opéré depuis un mois. L'opération fut pratiquée au lieu d'élection ; la paroi antérieure de l'estomac, près de la grande courbure, fut fixée à la paroi abdominale à l'aide de sutures avec des fils d'argent. Une petite ouverture ayant été faite sur la paroi de l'estomac, on introduisit du côté de la direction du cardia une sonde en caoutchouc rouge. Quelques heures après, on injecta du lait et du bouillon qui furent bien digérés. Les suites de l'opération ont été des plus satisfaisantes et l'opéré porte dans son orifice gastrique un double ballon en forme de bouton de chemise et muni d'une canule centrale.

M. Dujardin-Beaumetz donne lecture du *rapport* de la commission, nommée à l'effet d'étudier et de contrôler les expériences de M. Luys, relativement à l'*action des médicaments à distance chez les sujets en état d'hypnotisme.*

La commission a procédé de la manière suivante : M. Luys a d'abord reproduit les faits qu'il avait annoncés à l'Académie, dans la séance du 30 août 1887. Les membres de la commission ont agi ensuite dans des conditions qui défiaient la supercherie et l'habileté des sujets hypnotisés. Les tubes renfermant des substances médicamenteuses ou n'en renfermant pas. ont été préparés par un pharmacien de la ville ; chaque tube avait un numéro, correspondant à un pli cacheté. Ce pli contenait le nom du médicament lui-même. L'expérimentation a été négative. Tous les tubes ont déterminés des phénomènes, toujours

en désaccord avec l'action des médicaments qu'ils renfermaient; bien plus, des phénomènes semblables se produisaient lorsqu'on avait recours à des tubes vides. Aussi, la commission a-t-elle adopté à l'unanimité les conclusions suivantes : « La commission, nommée par l'Académie de Médecine pour examiner les faits avancés par M. Luys, dans la séance du 30 août 1887, au sujet de l'action des médicaments à distance sur les sujets hypnotisables, émet l'avis qu'aucun des effets constatés par la commission, n'est en rapport avec la nature des substances mises en expérience et que, par conséquent, ni la thérapeutique, ni la médecine légale, n'ont à tenir compte de pareils effets. »

Suite de la discussion sur la prophylaxie publique de la Syphilis. — M. Fournier, au nom de la commission, déclare qu'il vient faire acte de conciliation, en apportant de nouvelles modifications aux articles 4, 5, 6, 7, 8 et 9 du rapport projeté. Il espère ainsi réunir l'unanimité des suffrages de ses collègues, pour une réforme si importante. Ces articles, ainsi modifiés, sont les suivants : « *Article* 4 : Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics un ensemble de mesures réglant et fortifiant l'intervention administrative et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit. — *Article* 5 : La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale. — *Article* 6 : L'Académie émet le vœu que l'inscription des filles se livrant à la prostitution ne soit prononcée que sous la sauvegarde du droit commun. — *Article* 7 : Toute fille qui sera reconnue, après l'examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial. Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles. — *Article* 8 : Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe. — *Article* 9 : Les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements. En province, les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial. »

M. Trélat était préparé depuis longtemps à prendre la parole dans cette discussion mouvementé, mais les précédents orateurs ont tellement modifié leurs idées dans des discours successifs, et la commission elle-même a si heureusement remanié ses articles qu'il ne lui reste plus guère d'éléments pour combattre ou appuyer un certain nombre des assertions antérieures. Il importerait de dire au public : Voilà la maladie, voici quels sont ses ravages, son extension, sa propagation. Ajoutons qu'elle ruine la société ; disons que tout cela a une source unique, constante, que c'est le bourbier fangeux qui s'appelle la prostitution clandestine. L'Académie n'est pas faite pour défendre la liberté individuelle. Il s'agit moins de donner des armes nouvelles à l'Administration de la police que de lui donner la conviction forte qu'elle a pour devoir de se servir de celles qu'elle possède pour combattre un danger réel.

M. Legouest relève quelques inconséquences dans les nouveaux articles de la commission. D'un côté, on réclame le droit commun pour les prostituées, et d'un autre côté, on demande, pour la prostituée malade, l'internement dans un hôpital. Bien plus, M. Legouest ne pense pas que les mesures proposées soient exécutoires partout, dans toutes les localités.

M. Fournier veut que la prostituée qui va être inscrite, après avoir été arrêtée, soit jugée par des juges de droit commun. L'internement, en cas de maladie, ne deviendrait une nécessité qu'après l'inscription. Quant à l'application de ces mesures en province, elle est possible, car le désarroi le plus complet règne partout. C'est ce que le *Progrès médical* a démontré l'an dernier par la publication d'une série de correspondances.

Commissions des prix pour 1888. *Prix de l'Académie* : MM. Proust, Richard et L. Colin. — *Prix Amussat* : MM. Larrey, Polaillon et Pean. — *Prix Barbier* : MM. Leblanc, Luys et F. Franck. — *Prix Buignet* : MM. Gariel, Bouchardat et Schützenberger. — *Prix Capuron* : MM. Moutard-Martin, Siredey et Bouchard. — *Prix Civrieux* : MM. Potain, Peter et Blanche. — *Prix Daudet* : MM. L. Le Fort, Vidal et Fournier. — *Prix Desportes* : MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol et Hayem. — *Prix Falret* : MM. Hardy, Lancereaux et Mesnet. — *Prix Godard* : MM. Laboulbène, Cornil et Ball. — *Prix Godard* : MM. Villemin, Tarnier et Empis. — *Prix Laval* : MM. Bucquoy, Trelat et Charcot. — *Prix Meynot* : MM. Duplay, Panas et Labbé. — *Prix Monbinne* : MM. Brouardel, Ernest Besnier et Cusco. — *Prix Orfila* : MM. Le Roy de Mericourt, Caventou et Gautier. — *Prix Portal* : MM. Gueniot, Perrin et Ranvier. — *Prix Pourat* : MM. Sappey, Duval et Laborde. — *Prix Saint-Paul* : MM. Marey, Lannelongue et C. Paul. — *Prix Stanski* : MM. Jaccoud, Nocard et Worms. — *Prix Vernois* : MM. Trasbot, Vallin et Lagneau.

L'Académie se réunit en *Comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Lannelongue sur les titres des candidats à la section des membres correspondants étrangers (2me division) La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. de Saboïa (de Rio-de-Janeiro); en deuxième ligne, M. Lusk (de New-York) ; en troisième ligne, ex æquo, MM. Horsley (de Londres) ; Mac Cormack (de Londres); Mac Ewen (de Glascow), et Sayre (de New-York). Albert Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 24 février 1888. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

M. Gaucher répond à la lettre de M. Terrier, à propos de *l'emploi thérapeutique interne de l'acide borique*. Depuis 79, M. Guyon le donne en potion. Quant au biborate, il a produit plusieurs fois des accidents.

A propos de la communication de M. Lépine, faite à la dernière séance et qui traitait de l'hémoglobinurie, M. Lépine adresse à la Société une longue lettre. Il critique vivement l'opinion de M. Hayem, qui prétend que dans *l'hémoglobinurie, il n'y a pas, au préalable, hémoglobinhémie*.

M. Hayem répond que les faits sont les faits et que dans l'hémoglobinurie paroxystique qu'il a pu étudier avec soin sur plusieurs malades, il n'y a pas hémoglobinhémie ; d'ailleurs la dissolution des globules dans le sérum, existe dans plusieurs maladies infectieuses mais en trop minime proportion pour donner naissance à l'hémoglobinurie. Elle n'est très intense que dans certaines intoxications comme celle par le chlorate de potasse ; le sérum est alors couleur laque. Mais dans le type clinique hémoglobinurie paroxystique, l'existence de l'hémoglobinhémie n'est rien moins que prouvée et si l'on songe aux difficultés que l'on rencontre pour se procurer du sérum non altéré par les manipulations, si d'autre part on considère que dans maints cas de d'hémoglobinurie paroxystique, M. Hayem n'a jamais rencontré de l'hémoglobinhémie, on est en droit, conclut-il, de penser jusqu'à preuve du contraire que l'hémoglobinurie est toujours alors d'origine rénale. Le globule sanguin, d'ailleurs même extérieurement, ne se détruit pas si facilement que cela ; il résiste au froid et se conserve bien dans l'urine ; il n'y a donc pas plus lieu d'admettre l'origine vésicale que l'origine intravasculaire de l'hémoglobinurie, et il faut en revenir à l'origine rénale. D'ailleurs il y a une relation très nette entre un trouble du système nerveux et l'hémoglobinurie ; (l'autre observation d'un médecin que cite M. Hayem, l'indique bien) ; de plus M. Henrot, de Reims, à l'autopsie d'un hémoglobinurique a trouvé les reins profondément et anciennement sclérosés. On pourrait aussi faire remarquer que les hémoglobinuriques sont presque tous des malariques ou des syphilitiques.

M. Robin n'a pas été aussi exclusif que le prétend M. Lépine. Il peut y avoir place, à côté de l'hémoglobinurie paroxystique, pour une autre forme qui en diffère en ce qu'elle n'est

pas paroxystique ; qu'on l'observe dans le cours ou au début d'une autre affection ; qu'elle constitue souvent le premier acte d'une néphrite congestive. Dans cette forme il y a certainement une relation avec une altération rénale.

M. JOFFROY rapporte l'observation d'un cas de *maladie de Friedreich,* affection en somme rare puisqu'on n'en connait qu'un petit nombre de cas présentant des caractères cliniques rappelant les uns l'ataxie de Duchenne et les autres la sclérose en plaques, et des altérations scléreuses portant surtout sur les cordons postérieurs (en laissant intactes les cornes postérieures) et sur les cordons latéraux (le faisceau cérébelleux étant complètement altéré et le faisceau pyramidal seulement partiellement.

M. FÉRÉ présente un malade de 45 ans, qui, en 70, eut un *traumatisme* au niveau du ventre ; peu après, il commençait à avoir des attaques *d'épilepsie* qui ne cessèrent jamais, jusque dans ces derniers temps, où elles se présentaient tous les quinze jours environ, et tous les quinze jours également il avait des vertiges. Comme toutes les médications, échouèrent et comme il existait une petite dépression au niveau de la cicatrice, M. Féré pria M. Reclus de trépaner en ce point ; M. Reclus fit trois couronnes de trépan, il y a trois mois, et depuis lors le malade n'a eu aucun accident nerveux.

M. JOFFROY a une malade analogue et il se propose d'appliquer la même thérapeutique.

M. BALLET présente un malade que M. Debove a déjà montré à la Société comme un bel exemple de la coïncidence chez l'homme de *l'hystérie et du goître exophthalmique.* M. Ballet montre que ce malade présente divers phénomènes paralytiques semblant porter sur des nerfs bulbaires. Il a de la diplopie monoculaire ; de *l'astasie* absolue par perte complète du sens musculaire (étant debout, si on lui ferme les yeux, il tombe) ; une paralysie complète de tous les muscles de l'œil (ophthalmoplégie absolue) ; de l'immobilité de presque tous les muscles de la face (diplégie faciale). On a invoqué pour l'explication des symptômes du goitre exophthalmique deux théories : la théorie sympathique, qui ne tient pas debout, et la théorie pneumogastrique, que M. Ballet admet. L'altération peut être localisée au noyau cardiaque du pneumogastrique ; elle peut aller plus loin, atteindre les noyaux bulbaires de la polyurie, de la glycosurie, de l'albuminurie ; tout ceci a été observé ; mais, de plus, d'autres noyaux bulbaires peuvent être également atteints et ce malade en serait un remarquable exemple, les phénomènes de paralysies de divers nerfs s'expliqueraient ainsi par des altérations ou modifications de leurs centres bulbaires.

M. DUMONTPALLIER cite à propos de cette communication le cas d'un homme tombé fortuitement à la mer ; peu après il avait des attaques et devenait hystérique et presque en même temps se montrait le goître. Dans un autre fait une jeune fille s'étant trempé les mains dans l'eau très froide pendant la période menstruelle, vit survenir en très peu de temps un volumineux goître exophthalmique ; lorsque M. Dumontpallier l'examina elle était en outre polyurique et glycosurique ; il avait alors insisté sur l'origine nerveuse commune probable de ces divers phénomènes. L. CAPITAN.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1888. — PRÉSIDENCE DE M. LE DENTU.

M. TERRIER, à propos du procès-verbal, revient sur la question du drainage de la cavité abdominale après la laparotomie. Depuis le 13 décembre 1887 jusqu'au 28 février 1888, il a fait 7 laparotomies pour lesquelles il a jugé le drainage du péritoine utile. 1er cas : Kyste abdominal ; rupture du kyste dans le ventre ; toilette du péritoine, pas de lavage, drainage, guérison. — 2e Cas : Pyosalpingite suppurée ; rupture de la tumeur, péritoine souillé par le pus, drainage, guérison. — 3e Cas : Kyste hydatique de l'épiploon et des 2 ovaires ; rupture, drainage, guérison. — 4e Cas : Tumeur ganglionnaire du mésorectum ; ablation difficile, guérison. — 5e Cas : Kyste multiloculaire de l'ovaire et ascite ; guérison. — 6e Cas : Abcès rétro-utérin, drainage, guérison. — 7e Cas : Abcès rétro-utérin, communiquant avec le rectum ; la malade est en voie de guérison. — Il insiste sur les faits ci-dessous : 1° Pas de lavage du péritoine. 2° Il n'a pas eu l'ombre d'un accident. — Il répond à M. Bouilly qu'il n'a pas noté la sortie par le drain d'une quantité énorme de liquide quelques heures après l'opération. Il laisse en place les tubes à drainage plus ou moins longtemps et il se fait un trajet entre les anses intestinales. Dans les suppurations profondes du ventre, il laisse le drain 15 jours ou 3 semaines. Jadis le drainage péritonéal effrayait les chirurgiens ; aujourd'hui, depuis les minutieuses précautions antiseptiques journellement prises, il ne doit plus en être ainsi.

M. TERRILLON n'a pas peur de faire le drainage, mais prétend que le lavage du péritoine en dispense souvent.

M. CHAUVEL lit un rapport sur un travail de M. DELORME relatif à quatre observations *d'arthrectomie* pour tumeurs blanches. Dans deux cas il y a eu guérison complète ; dans les deux autres, persistance d'une fistule. M. Chauvel insiste sur l'intérêt de ces opérations rarement pratiquées en France, et croit que la formation de ces fistules a été en rapport avec des lésions de la peau au pourtour de l'articulation.

M. TERRIER trouve qu'avoir deux insuccès sur quatre opérations ce n'est pas obtenir des résultats brillants. Dans les deux cas où il y a eu insuccès, il eut mieux valu faire la résection, car évidemment l'arthrectomie a été dans ces cas une opération insuffisante.

M. SCHWARTZ a fait une arthrectomie de l'articulation tibio-tarsienne, alors que les lésions de la jointure étaient très peu accentuées. Au bout de deux mois, résultat très satisfaisant.

M. TILLAUX. — Quand la lésion de l'articulation est limitée à la synoviale et aux parties molles, l'arthrectomie est indiquée. Quand au contraire il y a lésions des os, il faut faire la résection du genou.

M. TERRIER. — Oui, mais on ne fait plus une arthrectomie quand on résèque une portion d'os malade, et dans certains cas M. Delorme a procédé ainsi.

M. KIRMISSON ne comprend pas pourquoi M. Delorme n'a pas essayé, pour les malades qu'il avait à soigner, les moyens thérapeutiques employés jadis en pareil cas (révulsion et compression). Il ne faut pas conseiller l'opération de suite. Quand on suppose que les lésions sont limitées aux parties molles, l'arthrectomie est de mise. Il a fait quatre résections, et, dans aucun de ces cas, il n'a trouvé de lésions des os.

M. RECLUS a fait une fois l'arthrectomie de l'articulation tibio-tarsienne, mais a reséqué en même temps la malléolle externe. Au bout de cinq mois, résultat excellent.

M. CHAUVEL fait remarquer qu'au moins dans deux cas M. Delorme a eu un résultat très bon.

M. TERRIER tient à répéter que dans les deux autres faits cités par M. Delorme il eut mieux valu faire la résection.

M. TILLAUX pense que l'arthrectomie peut rendre de grands services dans les tumeurs blanches des petits enfants, car on conserve l'épiphyse en opérant ainsi.

M. KIRMISSON. — C'est pourtant chez les enfants que les tubercules des épiphyses s'observent le plus souvent et que par conséquent on a à s'attaquer aux os.

M. CHAUVEL fait un autre rapport sur un mémoire de M. NIMIER intitulé : *Amputation simultanée des quatre derniers métatarsiens.* M. Nimier a dû faire une fois cette opération pour un écrasement du pied compliqué bientôt de sphacèle des orteils. La cicatrice linéaire obtenue n'est pas douloureuse. Le malade peut appuyer sur le talon et le bord interne du moignon. Revu cinq ans après l'intervention, il ne présente pas de phénomènes douloureux dans le pied opéré ni au niveau de la cicatrice. Il y a seulement augmentation de volume du premier métatarsien conservé et hypertrophie du premier cunéiforme. Il marche bien, avec une chaussure ordinaire à condition qu'elle ne soit pas trop large et peut faire 7 à 8 kilomètres à pied. — C'est la troisième fois qu'on pratique une opération de ce genre. M. Nimier conclut de ses recherches que l'ablation des quatre derniers métatarsiens est de mise et qu'il vaut mieux sectionner ces os près de leur extrémité postérieure que les désarticuler. On voit que les méthodes conservatrices peuvent donner au pied comme à la main des résultats inespérés.

M. TERRIER communique la statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat en 1887 (publiée *in extenso* page 88).

M. KIRMISSON rapporte un fait d'*hystéro-traumatisme* au

sujet duquel il a fait au début une erreur de diagnostic. Jeune homme de 20 ans; douleurs dans la région lombaire après un traumatisme. On croit alors à un mal de Pott au début. Bientôt apparaissent des douleurs dans le ventre, des vomissements, du mélœna. On fait le traitement du mal de Pott. Aucune amélioration, et même les douleurs augmentent; la sensibilité diminue dans le membre inférieur droit. Un jour le malade est pris d'une crise violente, très douloureuse avec fréquence des mictions qui sont fort pénibles. On reconnaît alors la nature de ces crises qui se renouvellent plusieurs fois. Examiné avec soin, ce malade présente tous les stigmates de l'hystérie; on le montre à M. Charcot et le professeur de la Salpêtrière confirme le diagnostic d'hystéro-traumatisme. M. Kirmisson décrit en quelques mots les principales particularités de cette affection et insiste sur la gravité du pronostic, car, depuis quatre mois qu'on soigne ce sujet, on n'a pas pu obtenir de guérison complète. Ces faits sont importants à connaître au point de vue de la médecine légale (responsabilité du traumatisme).

M. Pozzi présente au nom de M. Aug. Reverdin (de Genève) une série d'instruments: une pince dilatatrice du col de l'utérus; deux couteaux pour l'incision des abcès profonds; un porte-ligature pour la thyroïdectomie principalement; une aiguille à sutures, modification de celle de Jacques Reverdin.

M. Monod montre un *lipome du creux de l'aisselle*, non adhérent aux vaisseaux axillaires. On n'en connaît que deux ou trois cas.

Elections. — Sont nommés membres de la commission chargée d'examiner les titres des candidats à une place de membre titulaire: MM. Lannelongue, Delens, Reynier, rapporteur.

Marcel Baudouin.

THÉRAPEUTIQUE

Des purgatifs salins dans les états diathésiques;

Par le Dr Pol. Vernon.

Les purgatifs salins rendent de grands services dans le traitement des diathèses et surtout dans celui des maladies constitutionnelles que le professeur Bouchard a démontré causés par un ralentissement de la nutrition. Prenons, par exemple, l'obésité, où la purgation saline est reconnue efficace par tous les praticiens. Un polysarcique prendra, de deux jours l'un, un grand verre d'Hunyadi-Janos: Il déterminera, d'abord, chez lui, une véritable saignée séreuse, qui dépouillera, peu à peu, les tissus conjonctifs de l'excès d'eau qu'ils renferment. Il augmentera la sécrétion biliaire et favorisera, ainsi, la combustion des graissos. De ces deux actions, naît, graduellement, une réforme radicale de cet état dystrophique, encore mal expliqué, qui constitue l'obésité. Mais outre son action spoliatrice, cette médication constitue, par essence, une véritable *cure eutrophique* ou d'assimiliation. En effet, les saignées séreuses répétées augmentent la plasticité du sang et le nombre des globules de notre chair coulante. De là une action tonique *totius substantiæ*, qui relève les forces languissantes et excite à l'exercice et à la dépense musculaire un organisme, jusqu'alors voué à la sédentarité obligatoire.

A l'oxydation activée des tissus succédera donc l'amaigrissement, accompagné d'un sentiment ineffable de vigueur et de bien-être. Le cœur et les poumons augmentent leur énergie et le *trépied vital* de Bichat reprend, peu à peu, la régularité harmonieuse, d'où résulte la santé. Les états congestifs, œdémateux ou apoplectiformes, qui menaçaient les divers organes, disparaissent également: Les épiploons et les viscères se débarrassent de leur surcharge graisseuse qui gênait le jeu de la plupart des fonctions vitales. Nous avons pu observer ainsi, de nombreux obèses, absolument guéris ou fortement améliorés par un usage longtemps prolongé de la purgation saline. Mais nous devons remarquer que les sels de soude et de magnésie, quels qu'ils soient, de l'arsenal thérapeutique, ne peuvent être tolérés aussi longtemps qu'il serait nécessaire: leur emploi continu est même loin d'être exempt de dangers. Au contraire, l'eau naturelle d'Hunyadi, dont la minéralisation est inimitable, n'amène, de la part des sujets les plus susceptibles, aucun phénomène d'intolérance. C'est la seule préparation spoliatrice dont l'usage puisse être longuement continué sans inconvénients.

Cette eau n'est pas moins remarquable pour la cure de la diathèse urique et de ses manifestations protéiformes. Elle est éminemment préventive des accès de goutte aiguë ou chronique, des coliques hépathiques et de la néphrolithiase. En effet, nulle préparation n'élimine, avec une activité plus douce, les matériaux uriques, en excès dans le sang: jamais elle ne détermine la débilitation et les métastases de la goutte anormale, causées par des agents plus énergiques. Pour enrayer les migraines si tenaces des arthritiques, résoudre les engorgements viscéraux, chasser les viciations sécrétoires et les infarctus uricémiques; pour avoir raison de ces dyspepsies saburrales, qui préludent si volontiers aux explosions goutteuses; pour guérir les arthritides (eczéma, pityriasis) sans crainte de répercussion, et pour rendre à la peau sa vitalité et sa souplesse primitives; — rien ne vaut la purgation saline, dont la célèbre source hongroise est le prototype...

Cette médication fait surtout éclater sa puissance, lorsqu'il n'y a pas encore de lésion profonde et lorsque la débilitation (anémie arthritique) n'a pas encore coupé court à toute velléité réactionnelle de la part de l'histogenèse. Si nous voulons arrêter les mouvements fluxionnaires, régler les congestions du système porte et modérer la circulation veineuse viscérale, nous procéderons par petites doses fréquemment répétées (un demi verre matin et soir). Alors, se révélera une action altérante incontestable, qui empêchera la formation des urates: cliniquement, disparaîtront la lassitude, la céphalée, qui sont l'apanage habituel des goutteux. Les muqueuses digestives seront agréablement stimulées; un sommeil réparateur fera renaître le calme organique chez ces malades, dont les phénomènes d'assimilation et de désassimilation se trouveront, tout d'un coup équilibrés. L'impulsion donnée au système excréteur, — qui chasse l'acide urique par son plus large émonctoire, la voie intestinale; ainsi que l'excitation du grand sympathique abdominal ou plexus solaire, arrêteront les phlegmacies et les phénomènes douloureux ou congestifs, par un processus synergique.

Dans la lithiase biliaire, le mode d'action de la purgation saline est sensiblement analogue. Il se résume en ces deux termes: hypersécrétion, stimulation cathartique et cholagogue, le purgatif réveille, de plus, les fibres lisses plongées dans la torpidité et l'atonie: d'où puissante action également contre les névralgies viscérales fréquentes chez les uricémiques, lorsque l'état éréthique domine la scène pathologique. Hunyadi-Janos n'est pas une de ces eaux de lixiviation, produites par les infiltration pluviales, comme le sont la plupart de ses similaires. C'est une solution minéro-thermale particulière, inimitable par les artifices du laboratoire. Elle renferme, en effet, une grande proportion d'acide carbonique naturel, qui est, comme on sait, l'agent de dissolution et de minéralisation par excellence. Outre les sulfates sodo-magnésiques, la reine des eaux hongroises contient du chlorure de sodium dans les proportions utiles à la reconstitution des tissus et à la bonne antisepsie de notre *milieu intérieur*, pour user d'une expression chère au regretté Claude Bernard.

« Tous les sels d'une eau minérale, a dit Lœwig, sont en intime relation et non dissous pêle-mêle comme ils le sont dans un soluté pharmaceutique. » C'est ce qui explique pourquoi Sydenham reconnaissait que les vertus hydrominérales se communiquent plus sûrement à la masse du sang et s'incorporent à nos tissus qui ont, pour les eaux naturelles, une affinité élective spéciale. Quoique il en soit, rien n'est comparable aux effets de régénération nutritive, suscités par cette eau purgative, éminemment absorbable, et dont les effets curatifs semblent s'infiltrer jusque dans les capillaires les plus ténus de la circulation interstitielle, pour dégorger celle-ci de ses éléments morbides et provoquer les échanges moléculaires favorables à l'épuration des tissus, à la rénovation normale des éléments anatomiques.

Dr Pol. Vernon.

VARIA

Faculté de Médecine de Paris.

(Année scolaire 1887-1888).

Les Cours du semestre d'été auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du 16 mars 1888 :

Histoire naturelle médicale : M. Baillon. — Botanique médicale. Lundi, mercredi, vendredi, à 11 heures (Grand Amphithéâtre).

Pharmacologie : M. Regnauld. — Etude chimique des médicaments et applications à l'art de formuler. Généralités sur les relations de la pharmacologie avec la pharmacothérapie, Mardi, jeudi, samedi, à midi (Petit Amphithéâtre).

Anatomie : M. Farabeuf. — Les articulations. Les organes des sens. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Physiologie : M. Ch. Richet. — Système nerveux. Nutrition. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie chirurgicale : M. Guyon. Maladies chirurgicales du foie, du pancréas, de la rate, du rein et du rectum. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Path logie interne : M. Damaschino. — Maladie de l'appareil respiratoire. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Grand Amphithéâtre).

Pathologie et thérapeutique générales : M. Bouchard. — Thérapeutique générale des maladies chroniques. Mardi, jeudi, samedi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie expérimentale et comparée : M Straus. — Microbes pathogènes. — Leur biologie générale. — Principales maladies infectieuses, communes à l'homme et aux animaux. Mardi, jeudi, samedi. Amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage), à 4 heures.

Accouchements, maladies des femmes et des enfants : M. Tarnier, M. Ribemont-Dessaignes, agrégé, chargé de cours. — Grossesse normale. — Accouchement naturel. — Délivrance. — Etat puerpéral. Lundi, mercredi, vendredi, à midi (Grand Amphithéâtre).

Hygiène : M. Proust. — De l'enseignement de l'hygiène par les yeux : Musées d'hygiène. — Des aliments et des maladies alimentaires. — De l'eau potable. — Hygiène des habitations. — Visite de fabriques, usines et ateliers. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Thérapeutique et matières médicale : M. Hayem. — Des médicaments (*suite*). Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Petit Amphithéâtre).

Médecine légale : M. Brouardel. — La mort. — Signes de la mort — Mort subite. — Suicide. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Grand Amphithéâtre).

Conférences de médecine légale : M. Brouardel. — Exercices pratiques à la Morgue. Lundi, mercredi, vendredi, à 2 heures (à la Morgue).

Cliniques.

Cliniques médicales : M. G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, Lundi, mercredi et vendredi, à 9 heures 1/2.
— M. Potain, à la Charité. Mardi et samedi, à 10 heures.
— M. Jaccoud, à la Pitié. Mardi et samedi, à 9 heures 1/2.
— M. Peter, à l'hôpital Necker. Mardi et vendredi, à 9 heures 1/2.

Cliniques chirurgicales : M. A. Richet, à l'Hôtel-Dieu. Mardi et samedi, à 9 heures 1/2.
— M. Verneuil, à la Pitié. Lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures.
— M. Trélat, à la Charité. Lundi, mercredi et vendredi, à 10 heures.
— M. Le Fort, à l'hôpital Necker, Mardi et jeudi, à 10 heures.

Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale : M. Ball, à l'asile Sainte-Anne. Dimanche et jeudi, à 10 heures.

Clinique des maladies des enfants : M. Grancher, à l'hôpital des Enfants-Malades. Mardi et samedi, à 10 heures.

Clinique des maladies syphilitiques et cutanées : M. Fournier, à l'hôpital Saint-Louis. Mardi et samedi, à 9 heures.

Clinique des maladies du système nerveux : M. Charcot, à la Salpétrière. Mardi et vendredi. à 9 heures 1/2.

Clinique ophthalmologique : M. Panas, à l'Hôtel-Dieu. Lundi et vendredi, à 9 heures 1/2.

Clinique d'accouchements : M. Budin, chargé de cours, à la Clinique d'Accouchements. Mardi, jeudi, samedi, à 9 heures.

Visite des malades tous les matins.

Professeurs honoraires : MM. Gavarret, Sappey, Hardy, Pajot.

Conférences.

Physique : M. Guébhard, agrégé. — Chaleur. — Acoustique. — Actions moléculaires. Mardi, jeudi, samedi, à 2 heures 1/2 (Petit Amphithéatre).

Chimie : M. Villejean, agrégé. — Chimie organique médicale. Lundi, mercredi, vendredi, à 1 heure (Petit Amphithéâtre).

Anatomie : M. Remy, agrégé. — Les artères, les veines, les ganglions et les vaisseaux lymphatiques. Lundi, mercredi, vendredi, à 3 heures (Petit Amphithéâtre).

Histologie : M. Quenu, agrégé. — Histologie du système nerveux et des organes des sens. — Tissus conjonctifs, cartilagineux, osseux: système musculaire. Mardi, jeudi, samedi, à 3 heures (Amphithéâtre Cruveilhier).

Pathologie interne : M. Raymond, agrégé. — Maladie du système nerveux. Lundi, mercredi, vendredi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Pathologie externe : M. Reclus, agrégé. — Maladies des tissus. Mardi, jeudi, samedi, à 4 heures (Petit Amphithéâtre).

Anatomie pathologique : M. Brissaud, agrégé. — Anatomie pathologique spéciale. Lundi, mercredi, vendredi, à 5 heures (Amphithéâtre Cruveilhier).

Travaux pratiques.

Physique : M. Guébhard, agrégé, chef des Travaux. — Travaux pratiques de physique. Mardi, jeudi, samedi, de 4 heures à 6 heures.

Chimie : M. Hanriot, agrégé, chef des Travaux. — Travaux pratiques de chimie. Mardi, jeudi, samedi, de 8 heures à 10 heures 1/2 du matin.

Histoire naturelle : M. Faguet, chef des Travaux. — Travaux pratiques d'histoire naturelle. Lundi, mardi, jeudi, samedi, à 7 heures 1/2 du matin.

Histologie : M. Rémy, agrégé, chef des Travaux. — Travaux pratiques d'histologie. Mardi jeudi, samedi, de 3 heures à 5 heures.

Physiologie : M. Laborde, chef des Travaux. — Démonstrations de physiologie expérimentale. Mardi, jeudi, à 1 heure 1/2.

Médecine opératoire : M. Poirier, agrégé, chef des Travaux anatomiques. — Exercices de médecine opératoire. Tous les jours, de 1 heure à 4 heures.

Anatomie pathologique : M. Brault, chef des Travaux. — Travaux pratiques d'anatomie pathologique. Tous les jours, à 2 heures.

Congrès français de chirurgie.

La séance d'inauguration de la 3e session aura lieu le lundi 12 mars, à 2 heures après-midi, dans le grand amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria. Les autres séances se tiendront dans le même local le matin à 9 heures 1/2, l'après-midi à 3 heures.

Nota. — On peut se faire inscrire pour être membre de la 3e session jusqu'au 12 mars inclusivement en envoyant un mandat sur la poste de 20 francs, au Secrétaire général, le Dr S. Pozzi, 10, place Vendôme.

Exposition et Congrès en Espagne.

L'Espagne suit le mouvement. Tandis que Barcelone va ouvrir en avril, son *Exposition universelle*, deux Congrès qui intéressent la Médecine sont annoncés.

1° Un *Congrès hydrologique national* organisé sous les auspices de la Société espagnole d'Hydrologie médicale est ouvert à Madrid depuis les derniers jours de février et le commencement de mars, pour traiter les questions relatives à l'hydrologie médicale, à l'hydrothérapie. à la climatologie et à l'aérothérapie, tant au point de vue technique et scientifique que dans leurs relations avec l'administration publique et les intérêts privés.

Il y a, pour ce Congrès, des membres honoraires, des membres titulaires et des membres correspondants.

Le Congrès est divisé en deux sections : la section d'Hydrologie et la section de Climatologie, Hydrothérapie et Aérothérapie.

2° Un *Congrès gynécologique* sera également convoqué à Madrid, en avril et mai prochains, pour y traiter les questions théoriques, et cliniques relatives à l'obstétrique, aux maladies des femmes et à la pathologie infantile. Tous les médecins peuvent en faire partie en adressant leur adhésion à la Commission d'organisation et en envoyant d'avance leur cotisation (de 15 pesetas). (*Gaz. des Sc. méd.* de Montp.).

Conseil d'hygiène de la Seine. — La rage à Paris en 1887. D'après le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, lu à la dernière séance du Conseil d'hygiène, il y aurait eu en 1887, dans le dé-

partement de la Seine, 9 décès occasionnés par la rage. Cinq concernent des enfants âgés de moins de 15 ans. Ainsi que cela est fréquent, comme l'a bien montré M. Ollivier, trois de ces enfants avaient été mordus à la face. La période d'incubation aurait été de 22 jours dans deux cas ; de 30 dans un cas ; de 37 dans un cas ; de 47 dans deux cas ; de 54 dans un cas ; de 57 dans un cas ; indéterminée dans le neuvième cas. Huit fois la rage a été occasionnée par des morsures de chiens et une fois par une morsure de chat.

Sur les neuf personnes qui ont succombé à la rage pendant l'année 1887, deux seulement avaient suivi le traitement pastorien. Mais, dans ces deux cas, le traitement n'avait pas été fait avec toute la rigueur habituelle, et cela à cause des circonstances ci-après : L'une des personnes mordues, le sieur H...., était un alcoolique qui, après la morsure, avait continué à boire et interrompu son traitement pendant cinq jours. L'autre, la femme J..., domiciliée dans la banlieue, n'avait pu s'astreindre à se rendre deux fois par jour au laboratoire, à cause de ses occupations. Cette femme avait été mordue par un chat et il aurait été nécessaire, vu l'extrême virulence de la rage de cet animal, de pratiquer les inoculations deux fois par jour. Les sept autres personnes, victimes de la rage n'avaient pas suivi le traitement pastorien.

Pendant l'année 1887, l'Institut Pasteur a traité 306 personnes du département de la Seine qui avaient été mordues par des animaux enragés ou suspects de rage. D'autre part, 44 personnes, au nombre desquelles figurent les 7 qui ont succombé à la rage, avaient été mordues par des chiens suspects et ne se sont pas présentées à l'Institut. Ainsi donc, sur 44 personnes non traitées, il y a eu 7 décès, soit une mortalité de 15,90 0/0, tandis que, sur 263 personnes mordues par des animaux enragés et traitées à l'Institut Pasteur, la mortalité a été de 0,67 0/0.

« Ces chiffres, conclut M. Dujardin-Beaumetz, me paraissent avoir une haute valeur, et je ne connais pas, pour ma part, de témoignage plus éclatant à invoquer à l'appui de la méthode des inoculations. Aussi, il ressort de cette constatation cette première conclusion qu'il faudra désormais, par tous les moyens dont l'administration dispose, favoriser la pratique de ces inoculations afin que toute personne mordue par des chiens enragés ou suspects de rage puisse bénéficier des bienfaits de cette méthode de traitement. » — Les conclusions de ce rapport ont été approuvées.

Hôpitaux de Paris. — Concours du Bureau Central

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, vient de modifier ainsi qu'il suit les conclusions de la Commission relative aux réformes à apporter dans le concours du Bureau central: 1° La limite d'âge n'est pas admise; 2° Les deux années de doctorat, exigées des anciens internes, n'ont pas été adoptées ; 3° Le concours devant avoir lieu en mars, et l'internat se terminant en février, les internes de quatrième année seront autorisés à passer leur thèse pendant les deux derniers mois d'internat, sans quiter leurs services ; 4° L'interne médaille d'or n'a plus aucun privilège, en ce qui concerne les années de doctorat exigées des candidats; 5° Le nombre des juges du concours est définitivement fixé à sept. Ces modifications devront être approuvées par le préfet de la Seine.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 12. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, Chauffard. — 4e *Doctorat* : MM. Fournier, Landouzy, A. Robin.

MARDI 13. — 4e *de Doctorat*; MM. G. Sée, Dieulafoy, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Bouilly, Schwartz ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Polaillon, Peyrot ; — (2e partie) : MM. Cornil, Fernet, Joffroy.

MERCREDI 14. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Damaschino, Segond, Jalaguier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson, — (2e *Série*) : MM. Budin, Delens, Reclus.

JEUDI 15. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Duplay, Bouilly, Brun. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. G. Sée, Hanot, Troisier.

VENDREDI 16. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Déjérine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Lannelongue, Budin, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Landouzy.

SAMEDI 17. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Dublay, Polaillon, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Hutinel, — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Fernet, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Cornil, Troisier, Ballet; — (2e *Série*) : MM. Ball, Raymond, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 15. — M. Grattery. Troubles viscéraux d'origine menstruelle. — M. Texier. Déformation du tronc causée par la sciatique. — M. Trazit. Contribution à l'étude de la chlorose fébrile. — M. Rochefort. Contribution à l'étude des tumeurs gommeuses du sterno-mastoïdien. — M. Brée. Des pseudarthroses du corps du fémur.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

La muselière du Dr Reynal O'Connor.

Nous donnons la gravure (*fig.* 37) d'un nouvel appareil du Dr Reynal-O Connor qui a été présenté mardi à l'Académie de médecine par M. le professeur Ball et destiné à filtrer l'air pendant la respiration afin de le débarrasser des corps étrangers et nuisibles. Cet appareil construit avec soin par M. Collin se compose de deux masques en tissu métallique très fin et nickelés qui peuvent s'ouvrir et fermer au moyen d'un petit ressort. Les masques ont la forme conique pour pouvoir s'adapter sur la bouche et le nez et ils sont bordés tout le tour par un caoutchouc pour ne pas léser les joues. L'appareil est maintenu en place par deux rubans élastiques qu'on met derrière les oreilles sans causer la moindre gêne. La filtration de l'air se fait au moyen d'une couche d'ouate hydrophile que l'on place entre les deux masques et qui peut se changer à volonté.

Le Dr Reynal-O'Connor l'a fait expérimenter par des ouvriers qui travaillent dans des ateliers dont l'atmosphère est remplie de poussières de toutes sortes et il a vu l'ouate devenir sale au bout de deux heures d'usage, en arrêtant toutes les poussières qui auraient été absorbées par les ouvriers et qui auraient causé, comme l'on sait, des maladies broncho-pulmonaires. Il a trouvé que la ouate, selon le principe de Pasteur, se remplissait de microbes divers apres l'avoir fait porter pendant 24 heures par un malade d'hôpital qui n'était pas sorti de la salle de toute la journée et cette ouate se salissait aussi, mais à un moindre degré, dans une salle d'autopsie.

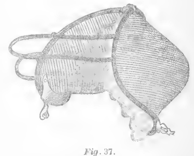


Fig. 37.

Le Dr Reynal-O'Connor conseille l'emploi de son appareil comme le plus parfait qu'ait été construit par sa forme, sa légèreté et sa parfaite filtration de l'air pour les *mineurs*, les *casseurs de pierres*, les *marbriers* les *tourneurs de métaux* et toutes sortes d'ouvriers exposés à respirer des poussières. Mais l'application la plus importante qu'il lui donne c'est au point de vue chirurgical, car se fondant sur les expériences récentes de Brown-Séquard, il croit que la toxicité de l'air expiré est un grand danger pour les opérations chirurgicales et il conseille de l'employer comme le meilleur antiseptique dont peut se servir un chirurgien soucieux de la vie de son malade et du succès de son opération. Il croit que la plupart des insuccès qu'on a eu à compter parmi des opérés qu'on a entourés de toutes sortes de soins antiseptiques consiste dans l'empoisonnement de la plaie par la respiration des chirurgiens et de tant d'aides qui entourent le champ opératoire et qui expirent sans se gêner sur les plaies, qui sont autant de portes largement ouvertes à toute infection ; surtout quand il y en a parmi eux qui viennent d'un service d'accouchement ou d'une salle d'autopsie ou qui sont atteints de tuberculose et de tant de maladies stomacales qui donnent une haleine fétide et nauséabonde.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 26 février 1888 au samedi 3 mars 1888, les naissances ont été au nombre de 1199, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 432 ; illégitimes, 162. Total, 594. — *Sexe féminin :* légitimes, 441 ; illégitimes, 164. Total, 605.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 26 février 1887 au samedi 3 mars 1888, les décès ont été au

nombre de 1200, savoir : 606 hommes et 594 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 10. T. 13. — Variole : M. 3, F. 3, T. 6. — Rougeole : M. 8, F. 9. T. 17. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 2 F. 8. T. 10. — Diphthérie, Croup : M. 27, F. 21, T. 48. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 146, F. 81. T. 231. — Autres tuberculoses : M. 11, F. 9. T. 20. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 7. T. 9. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 34. T. 52. — Méningite simple : M. 16, F. 22. T. 38. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 22. T. 46. — Paralysie : M. 2, F. 5. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 6. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 39, F. 42. T. 81. — Bronchite aiguë : M. 25, F. 22 T. 47. — Bronchite chronique : M. 24, F. 37. T. 61. — Broncho-Pneumonie : M. 19, F. 24. T. 43. — Pneumonie M. 41, F. 33. T. 74. — Gastro-entérite, biberon : M. 18, F. 16. T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 15, F. 12. T. 27 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 16, F. 19, T. 35. — Sénilité : M. 12, F. 28. T 40. — Suicides : M. 6, F. 2 T. 8. — Autres morts violentes : M. 7. F. 1. T. 8. — Autres causes de mort : M. 104 F. 100. T. 204. — Causes restées inconnues : M. 8. F. 3. T. 11.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 99, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 12. Total : 48. — *Sexe féminin* : légitimes, 38; illégitimes, 13. Total : 51.

Faculté de médecine de Paris. *Année scolaire* 1887-88 (2e semestre). — *Cours de médecine légale*. M. le prof. Brouardel commencera le cours de médecine légale, le lundi 19 mars 1888, à 4 heures de l'après-midi (Grand-Amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de pharmacologie. — M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie, le mardi 20 mars 1888, à midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours d'accouchements spécial aux élèves sages-femmes. — M. Maygrier, agrégé, commencera le cours d'accouchements, spécial aux élèves sages-femmes, le lundi 19 mars 1888, à 9 heures du matin (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. *Seront admises* : 1° Les élèves sages-femmes en cours d'études depuis le mois de novembre 1887; 2° Les élèves sages-femmes qui auront subi avec succès, à la session de mars 1888, l'examen d'admission à la clinique. Une carte spéciale sera délivrée à chacune des élèves sages-femmes ci-dessus désignées, le mardi 13 mars, de 3 à 4 heures de l'après-midi, au secrétariat de la Faculté.

Travaux pratiques d'histologie. — Sous la direction de M. Remy, agrégé, chef des travaux, les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront le samedi 17 mars 1888 et se continueront les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine de une heure à trois heures de l'après-midi (Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-médecine). Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires, pendant le semestre d'été, pour tous les élèves de seconde année (Les étudiants pour l'Officiat ne sont pas astreints à ces travaux). MM. les étudiants seront convoqués individuellement par lettre spéciale.

Congé. — Un congé, du 1er mars au 31 octobre 1888, est accordé, sur sa demande, et pour raisons de santé, à M. Tarnier, professeur d'accouchements, M. Ribemont-Dessaignes, agrégé près ladite Faculté, est chargé, en outre, du 1er mars au 31 octobre 1888, d'un cours d'accouchements.

Cours libres. — Le Conseil général des facultés de Paris a autorisé, dans sa séance d'avant-hier lundi, à professer des cours libres pendant le second semestre de l'année scolaire 1887-1888, à la Faculté de médecine : MM. les docteurs Bouloumié, sur la thérapeutique hydro-minérale ; Despagnet, sur les maladies des yeux ; Fournel, sur l'obstétrique, et Bérillon, sur l'hypnotisme.

Nominations. — M. le Dr I. Straus vient d'être nommé professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de Paris. Nous adressons nos plus vives félicitations à notre savant collaborateur et ami, M. le professeur Straus.

Ecole d'Anthropologie. — M. Mathias-Duval commencera à l'Ecole d'Antropologie, 15, rue de l'Ecole-de-médecine, le cours d'Antropogénie et Embryologie comparée, le lundi 12 mars, à 5 heures, et le continuera les lundis suivants à la même heure. Programme : Le *troisième œil des vertébrés*; *la segmentation vertébrale* ; *les organes segmentaires uro-génitaux*.

École de médecine et de pharmacie de Besançon. — M. Fillion, pharmacien de 1re classe, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à ladite école.

École de médecine et de pharmacie de Caen. — M. Faivre-Dupaigre, professeur agrégé de physique audit lycée, est chargé, en outre, pendant l'année 1887-1888, des fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

École de médecine et de pharmacie de Grenoble. — M. Janet, agrégé des sciences physiques, est maintenu pour l'année scolaire 1887-1888, dans les fonctions de chargé d'un cours de physique à ladite école.

Ecole de médecine et de pharmacie de Marseille. — M. Benet, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite école.

Hôpitaux de Paris. *Concours de l'internat et de l'externat*. — La distribution des prix de ces deux concours aura lieu le 10 mars, à 4 heures, à l'Assistance publique.

La variole a la Martinique. — D'après une correspondance de Fort-de-France, l'état sanitaire tend à s'améliorer, mais l'épidémie de variole succédant à l'apparition de la fièvre jaune à une époque de l'année où celle-ci s'étend sur les côtes sud de la mer des Antilles, n'a pas laissé de faire de nombreuses victimes à la Martinique. Au départ du courrier, on comptait 295 décès de variole à Fort-de-France et près de 1.000 à Saint-Pierre.

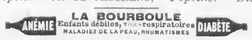
Maladie du Kronprinz et le Dr Virchow. — On annonce que le professeur Virchow va quitter Berlin pour se rendre en Egypte se livrer à des recherches préhistoriques et anthropologiques. Ce voyage, dit la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, pourra dispenser le célèbre anatomo-pathologiste d'avoir à examiner de nouveau la nature de la tumeur du Kronprinz.

Nominations. — M. le Dr Drouineau (de la Rochelle), est nommé inspecteur général des services administratifs (section des établissements de bienfaisance), en remplacement de M. Foville, décédé.

Nouveaux Journaux. — Nous venons de recevoir le premier numéro de la « *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière* » publiée par MM. P. Richer, G. de la Tourette et A. Londe, sous la direction de notre maître, M. le professeur Charcot. Nous souhaitons longue vie à cette intéressante publication qui s'annonce comme le complément des *Archives de Neurologie* que publie depuis 1880 M. le professeur Charcot.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 mars 1888, à quatre heures, au Palais de Justice, salle des référés. — *Ordre du jour* : 1° Lecture et adoption du procès verbal de la séance précédente. — 2° MM. Brouardel et Laugier. Rapport médico-légal. Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement. Poursuites contre le médecin accoucheur. Non lieu. — 3° M. le Dr Richardière. Un cas de péritonite suraiguë, causée par une chute sur le ventre, sans lésion de la paroi abdominale ni des viscères intra-abdominaux. — 4° M. Vibert. Note bibliographique sur les travaux publiés à l'étranger sur les traumatismes consécutifs aux accidents de chemin de fer. — 5° Discussion sur les traumatismes consécutifs aux accicents de chemin de fer. — 6° Communications diverses.

Nécrologie. — M. Gérard, étudiant en médecine, décédé le 8 février, à Alger. — M. le Dr Cadroit (de Borescat). — M. le Dr Dauffy (de Moisdon-la-Rivière). — M. le Dr Ducos (de Romilly-sur-Seine). — M. le Dr Jacques de Brazza, frère du célèbre explorateur du Congo, naturaliste distingué. — M. le Dr Schiffer, Privat docent de pathologie expérimentale à la Faculté de Berlin. — M. le Dr Combal, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Bellet, médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Pontorson (Manche), reçu en 1850 docteur en médecine. — M. le Dr Romégoux, maire de Bellet (Gironde). — M. le docteur Dagaud (d'Alby-sur-Chéren).



Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 11. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 17 MARS 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.—M. le Dr **A. OLLIVIER**

Entérite tuberculeuse et tuberculose mésentérique. Une complication rare : Thrombose primitive de la veine cave inférieure.

Leçon rédigée par **M. Marcel BAUDOUIN**, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Dans la pratique médicale il est quelquefois complètement impossible de se prononcer sur la nature d'une maladie pendant 24 heures et même pendant quelques jours. Agir autrement, ce serait porter un diagnostic *à pile ou face*.

Je viens de vous montrer dans la salle Ste-Elisabeth une jeune malade qui nous a fort embarrassé pendant quelque temps. Il était vraiment difficile de se prononcer au moment de son entrée. Nous avons hésité au début; mais, après une analyse clinique aussi minutieuse que possible, nous nous sommes enfin arrêté à un diagnostic définitif. Je tiens à vous faire connaître mes hésitations: elles pourront servir à votre enseignement, alors même que je me serais trompé. Voici l'histoire de cette petite malade.

Duc... (Henriette), 8 ans 1/2, est admise, le 17 août, salle Sainte-Elisabeth, n° 31.

Les antécédents héréditaires de cette enfant contrastent singulièrement avec l'affectiondont nous la croyons atteinte. Le *père* serait mort à 31 ans d'un cancer du foie. Le grand-père aurait succombé à cette même maladie. La *mère*, agée de 30 ans, est bien portante. Les grands-parents maternels jouissent d'une bonne santé. Pas de parents morts de la poitrine. La mère a eu une première grossesse qui se termina par une fausse couche. Dans la *famille* il y a trois enfants : le premier, âgé de 2 ans 1/2, serait mort de tuberculose ; le second est notre malade ; enfin une sœur jadis amputée du pouce pour un spina ventosa est bien portante aujourd'hui.

Dans les antécédents hygiéniques, rien à noter sinon que notre malade était loin de manger de la viande tous les jours. Elle est née à terme, a été élevée au biberon à la campagne et n'a jamais eu d'accidents de dentition. Parmi les antécédents pathologiques, citonsla rougeole, la coqueluche, des épistaxis fréquentes. Elle n'a jamais eu d'hémoptysie, jamais d'ictère.

Le jour de son entrée nous avons constaté l'état suivant. C'est une enfant au teint pâle, aux muqueuses décolorées, aux cheveux châtains, clair-semés. Elle est notablement amaigrie, apathique ; ses extrémités sont extrêmement froides.

L'examen de l'appareil respiratoire ne révèle rien d'anormal, ni à l'auscultation ni à la percussion. Elle tousse un peu cependant. On ne trouve rien au cœur. Fait à noter, il n'y a aucun souffle anémique à la base du cœur ; dans les vaisseaux du cou on ne constate pas de thrill. La langue est un peu rouge, sans saburres. L'enfant a de l'inappétence, des digestions pénibles. Elle a vomi le lait qu'elle a bu la veille. Quelques jours auparavant elle avait eu également un vomissement alimentaire et l'abdomen ballonné. L'estomac, très dilaté, descend au-dessous de l'ombilic. On perçoit très nettement le glouglou caractéristique à la succussion. Une diarrhée abondante et fétide existe depuis le 15 juillet. Le foie est volumineux et dépasse de 3 à 4 centimètres le rebord des fausses côtes. Sa surface semble lisse, unie. Sa consistance ne paraît pas accrue. La rate n'est pas augmentée de volume.

La miction et les urines sont normales.

Le traitement a consisté en sous-nitrate de bismuth, lait et œufs, en gouttes de Baumé dans une macération de Quassia amara.

Cet état persista sans grand changement jusqu'au 16 octobre, époque à laquelle il survint de l'*œdème du membre inférieur droit*, dû évidemment à une thrombose veineuse. L'enfant ressentit d'abord un peu de douleur au niveau de l'aîne de ce côté; puis l'œdème apparut rapidement à la partie supérieure et interne de la cuisse droite et envahit progressivement la totalité de celle-ci. Le lendemain 17, il s'était étendu à toute la jambe et à la partie inférieure de l'abdomen. La mensuration donne, le 19, les résultats suivants pour les deux membres inférieurs ; à *droite:* jambe (milieu), 0,23 centimètres ; genou (milieu), 0,26 centimètres ; et cuisse (milieu), 0,23 centimètres. A *gauche*, on trouve : 0,17 centimètres pour le milieu de la jambe ; 0,23 centimètres pour celui du genou; et 0,16 centimètres pour la cuisse. A droite, surtout au niveau du pied et de la jambe, la peau est de couleur blanc-rosée, tendue ; elle garde cependant l'empreinte du doigt; elle est douloureuse presque partout avec une égale intensité, mais principalement au *creux poplité* et à l'*anneau du soléaire*. A la cuisse, sur le trajet des vaisseaux fémoraux et à l'aîne, la pression est nettement douloureuse. A gauche, le membre inférieur présente son aspect normal.

La percussion de l'abdomen fait constater un peu de matité dans sa partie inférieure. Cette matité paraît ne tenir qu'à l'*œdème des parois* à ce niveau, car on ne perçoit pas la sensation de flot, caractéristique de l'ascite. L'enfant accuse vers la partie inférieure de l'abdomen, qui est ballonné, une douleur sans siège bien net et que la pression n'exagère pas.

La vessie n'est pas distendue. La grande lèvre droite est notablement œdématiée et contraste par son volume avec celle du côté opposé. Elle est très rouge à sa face externe. Le membre œdématié est manifestement plus chaud que l'autre. Les mouvements de la jambe sont abolis à cause de la douleur.

La température est de 38°,6. L'enfant a vomi hier et a eu plusieurs garde-robes diarrhéiques. Il n'y a pas de toux et on ne trouve rien d'anormal dans les urines.

Le 21, le ventre a diminué de volume. Le membre droit est dans le même état.

Il ne survint aucun changement notable jusqu'au 24; mais ce jour-là on s'aperçoit que l'*œdème a gagné le membre inférieur gauche*. Il existe aussi un peu d'œdème de la partie inférieure de la paroi abdominale de ce côté; il ne semble pas y avoir encore de liquide dans l'abdomen. La diarrhée persiste toujours, malgré l'ad-

ministration du bismuth. L'examen des poumons reste négatif.

Le 29, l'œdème du membre inférieur *gauche* a complètement disparu. A *droite*, le pied seul est encore enflé. Au niveau du pli de l'aine, la pression est toujours douloureuse ; on sent bien le cordon vasculo-nerveux. Il en est de même au creux poplité et à l'anneau du soléaire. Le ventre est souple, non douloureux. Sur les parois abdominales s'est développé un réseau veineux manifeste, surtout sur chaque moitié latérale. La diarrhée ne discontinue pas ; elle est toujours fétide. L'amaigrissement est notable. La malade reste toujours dans le décubitus dorsal.

Quinze jours après, c'est-à-dire le 15 novembre, la *cachexie* se prononce de plus en plus et l'amaigrissement fait de nouveaux progrès. Il y a encore un léger œdème de la jambe et du pied droits. La palpation du ventre ne fait constater aucune sensibilité anormale, aucune dureté, aucune bosselure, aucun épanchement ; mais le ventre est parfois douloureux spontanément. L'estomac paraît moins dilaté, mais la diarrhée ne s'est pas arrêtée. Le foie est toujours volumineux ; mais sa face convexe est lisse, sans saillie aucune.

Il n'y a rien d'appréciable aux poumons ni au cœur. On ne trouve pas de souffle anémique. L'intelligence est nette. En somme, aucun symptôme du côté du système nerveux, sauf un peu d'insomnie de temps en temps.

Le 20, l'*œdème a reparu aux deux jambes* ; il est plus marqué à la gauche qu'à la droite. Cette fois, l'œdème est mou, la peau moins tendue. Celle-ci a pris un aspect icthyosique. La diarrhée persiste toujours abondante, mais il n'y a pas de sang dans les garde-robes. Le ventre est ballonné et douloureux ; l'enfant a parfois des coliques.

A la percussion de la poitrine, on constate en arrière une légère diminution de la sonorité à la base du poumon droit, mais il n'y a pas de différence à ce point de vue entre les sommets des deux poumons. A l'auscultation, on entend de gros râles sous-crépitants disséminés çà et là, plus prononcés à droite qu'à gauche. En avant, rien de particulier ni à la percussion, ni à l'auscultation. Il y a 28 respirations par minute. L'enfant à une toux grasse. La langue est humide, rose, ne présente pas trace de muguet. La malade a du dégoût pour les aliments, mais les vomissements ne sont pas fréquents. Cependant on parvient à lui faire prendre 1/2 litre de lait, 2 œufs et quelquefois un peu de viande. La palpation et la succussion du ventre ne font plus constater le glouglou stomacal. La diarrhée présente des alternatives de fréquence plus ou moins grande ; il y a de 2 à 6 et même 8 garde-robes par jour, — garde-robes qui sont liquides ou semi-liquides, mais jamais sanglantes. L'alopécie en clairière s'accentue sensiblement.

Le 26, l'état est toujours le même du côté de l'abdomen et des membres inférieurs. Les signes d'une phtisie pulmonaire avérée font toujours défaut. L'amaigrissement est extrême. La malade est plongée dans un état de torpeur dont elle ne sort que lorsqu'on lui parle.

Le 1er décembre, apparition sur les jambes et les pieds de *petites tâches rouges, purpuriques*, qui ne dépassent pas les dimensions d'une tête d'épingle. On n'en voit pas au-dessus des genoux. L'œdème s'accentue, mais cet œdème n'a point acquis la consistance de celui du début. Il est resté absolument mou. On note une desquamation épidermique assez notable. Les deux membres inférieurs sont douloureux à la moindre pression, surtout à droite. L'enfant ne peut les remuer à cause de la douleur qu'elle éprouve et de leur pesanteur. Le ventre n'est pas douloureux, mais un peu ballonné. Le foie est toujours dans le même état. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. La langue est rouge et humide, sans enduit pultacé, sans muguet ; on note la même inappétence, mais pas de nausées ni de vomissements. La diarrhée continue, mais elle est moins abondante.

On entend quelques râles muqueux disséminés à la base des deux poumons. L'enfant tousse toujours un peu pendant la nuit.

L'amaigrissement est extrême. Les traits sont tirés. Le visage est profondément altéré.

Aujourd'hui, 5 décembre, vous avez pu voir que les symptômes sont à peu près les mêmes ; l'éruption purpurique a très peu augmenté.

Si nous voulons résumer, dans ses traits principaux, l'histoire de notre petite malade, nous voyons une enfant de 8 ans 1/2, être prise, sans cause appréciable, de *diarrhée* vers le milieu de juillet, diarrhée pour laquelle elle vient à l'hôpital. Nous constatons en outre une *ectasie stomacale.*

L'ectasie était vraisemblement due à une alimentation grossière par suite de la misère relative dans laquelle se trouve la famille de l'enfant. La diarrhée était continue, jaunâtre, verdâtre ; elle a été surtout fétide, mais jamais sanguinolente. Parfois elle a été accompagnée de coliques.

La *marche de la température* est importante à noter et je vous la signale dès maintenant. Pendant son séjour à l'hôpital, on a constaté chez notre malade une série d'oscillations nombreuses, variant de 38°,6, 39°,6 à 36°,4. Il y avait abaissement le matin et élévation le soir. C'était là une fièvre hectique, une pseudo-fièvre intermittente. Comme conséquence de cette fièvre symptomatique, est survenu un amaigrissement, un état cachectique notable.

Le 16 octobre, une *phlegmatia alba dolens* est apparue avec ses symptômes caractéristiques : les trois douleurs dans le creux poplité, à l'aine, à l'anneau du soléaire, la tension de la peau et l'élévation de la température locale. Cette phlegmatia s'observe tout d'abord à *droite*. Le 24, elle envahit le membre *gauche*, mais pendant peu de temps, jusqu'au 29. Elle survient probablement par le mécanisme suivant : La thrombose augmentant, de nouvelles coagulations sanguines se font dans la partie supérieure de la veine iliaque primitive droite. Elles atteignent à ce moment l'embouchure de l'iliaque primitive gauche, qui à son tour est oblitérée.

Puis l'œdème diminue peu à peu et disparaît complètement.

Le 15 novembre, la diarrhée persiste encore, malgré le traitement et l'amaigrissement devient de plus en plus accusé, ainsi que la cachexie.

Le 20 novembre, on note l'apparition d'un *œdème mou, cachectique* cette fois.

Enfin, le 1er décembre, une *éruption purpurique* envahit les jambes et les pieds.

Quelle est donc cette affection ? A quelle maladie attribuer cette série de phénomènes morbides ? En présence d'un tel marasme, d'une telle consomption, nous ne pouvions guère penser qu'à deux états diathésiques : a) le *cancer* et b) la *tuberculose,* car nous écartions tout de suite l'idée d'une *anémie pernicieuse* en raison de la continuité de la diarrhée, de l'absence de souffle anémique (1), etc.

(1) Voir : PLANCHARD, *De l'anémie pernicieuse progressive* : thèse de doctorat, 1887, Paris.

a) *Le cancer*, on pouvait y songer en se rappelant les antécédents héréditaires de notre malade. Son père et son grand père sont morts de cancer. Le cancer, on le sait, s'observe chez l'enfant comme chez l'adulte, mais bien moins souvent pourtant. Les localisations sont d'ailleurs différentes quant à leur fréquence. Ainsi, sur un total de 424 cas rassemblés par d'Espine et Picot, le cancer siégeait : sur l'œil et ses annexes, 100 fois; le rein, 80 fois; les os, 67 fois; l'encéphale, 25 fois; l'abdomen (péritoine ou bassin), 19 fois, etc. Sous cette appellation, les auteurs que je viens de citer ont réuni les cas de carcinomes, sarcomes, épithéliomas, papillomes récidivants, adéno-lymphomes malins.

En raison de la fréquence du *cancer du rein* chez l'enfant (1) et de sa marche parfois insidieuse, silencieuse, de son début lent, avec accompagnement d'œdème et de cachexie, nous avons porté notre attention vers ces organes. Mais, vous vous le rappelez, il n'y a pas eu de douleurs à la région lombaire. Jamais nous n'y avons constaté de tumeur appréciable à la palpation; il n'y a donc pas d'augmentation de volume de l'organe. Enfin l'examen des urines a été constamment négatif. Il n'y a jamais eu d'hématurie, jamais d'albuminurie. L'examen microscopique n'a rien présenté de particulier.

Au contraire, les deux symptômes, douleurs spontanées abdominales et diarrhée continue, devaient surtout nous faire songer à un *cancer de l'intestin*. Mais la palpation était aussi sans résultats. On n'a jamais trouvé de sang dans les garde-robes. Or vous savez que dans le cas de cancer de l'intestin il y a presque toujours des garde-robes sanguinolentes, à l'inverse de la tuberculose intestinale. En outre il n'y avait pas d'alternatives de diarrhée et constipation, pas de débâcles, pas d'ascite; enfin rappelez-vous la rareté du cancer de l'intestin à cet âge : 7 sur 424 cas.

Il n'était guère possible de penser, pour la même raison et par suite de l'absence de signes locaux, à un *cancer de l'estomac*, qu'on n'observe que 3 fois sur 424 cas chez l'enfant, ni à un *cancer du rectum* ou *du pylore*. L'exploration du rectum n'indiquait rien d'ailleurs.

On ne pouvait non plus penser à un néoplasme du foie, malgré l'augmentation de volume de cet organe, par suite de l'absence de bosselure, d'ictère et d'ascite, etc.

b) Force nous a donc été d'en arriver à l'hypothèse d'une *tuberculose*, à localisation particulièrement *intestinale*.

Une objection sérieuse s'est d'abord présentée à notre esprit : l'absence de tuberculose dans les ascendants. Mais les renseignements sur les antécédents héréditaires laissent tant à désirer dans les hôpitaux, qu'il n'y a pas lieu de s'étonner de ce fait. Peut-être les ascendants plus anciens étaient-ils tuberculeux? Par contre, rappelez-vous que, sur trois enfants de la même famille venus à terme (il y a eu une fausse couche), nous avons noté qu'une petite fille de deux ans et demi était morte de tuberculose et qu'une autre sœur a été amputée d'un spina ventosa du pouce.

Le diagnostic *Entérite tuberculeuse* se présentait donc presque forcément, s'imposait pour ainsi dire à l'esprit; car si l'*entérite chronique simple, primitive*, et la *tuberculose* se ressemblent beaucoup au point de vue des symptômes, la première est surtout une maladie des trois premières années de la vie. De plus, elle n'est pas généralement aussi rebelle et on peut souvent la rattacher à une cause, mauvaise alimentation, refroidissement, etc. Dans ce cas, aucune cause appréciable n'a pu être trouvée; la maladie a eu un début insidieux; enfin l'entérite chronique simple ne provoque pas aussi vite des troubles profonds de la nutrition.

Au contraire, l'entérite tuberculeuse s'observe chez les enfants, surtout de 6 à 10 ans, c'est-à-dire à l'âge qu'a notre petite malade. Evidemment il faudrait, dans ce cas, faire la recherche des bacilles dans les garde-robes, pour être certain d'avoir bien affaire à une lésion d'origine tuberculeuse; mais cet examen n'a pu être pratiqué.

Chez l'adulte, l'entérite tuberculeuse, ou plutôt les ulcérations tuberculeuses s'observent dans les 2/3 des cadavres d'individus morts de tuberculose pulmonaire. Chez les enfants, la fréquence n'a pas été déterminée, que je sache, d'une manière aussi précise. Cependant elle est assez fréquente, parce que chez eux l'intestin est obligé de fonctionner beaucoup pour l'entretien de la vie et la croissance. Chez l'adulte, leur siège d'élection est l'extrémité inférieure de l'iléon, quelquefois, mais rarement, sur le jéjunum, et surtout le gros intestin. Chez l'enfant, cette fréquence du siège semble être à peu près la même.

Chez l'adulte comme chez l'enfant la tuberculose intestinale est exceptionnellement isolée. Presque toujours il y a de la tuberculose mésentérique concomitante.

Rien ici ne peut nous aider à déterminer le siège de la lésion, ou plutôt des lésions; en effet, si quelquefois il y a des douleurs spontanées, elles ne sont point constantes et ne siègent pas toujours au même point.

Quant à la *tuberculose mésentérique*, nous sommes loin d'avoir le droit d'en nier l'existence, quoique nous ne constations pas, dans ce cas, la tuméfaction des ganglions mésentériques. Vous savez que cette constatation a lieu rarement, alors même que les ganglions ont atteint un certain volume. Il ne faut pas oublier non plus que la tuméfaction peut n'acquérir qu'un développement peu accusé, ainsi que je l'ai observé plusieurs fois. Ordinairement elle est un phénomène secondaire à la tuberculose intestinale ou péritonéale, comme la tuberculose des ganglions bronchiques est consécutive à la tuberculose pulmonaire. En tout cas, ici, on ne sent pas les ganglions mésentériques. D'autre part, la distension gazeuse de l'intestin empêche de se rendre bien compte du contenu de la cavité abdominale.

Vous connaissez tous la *loi de Louis* : « Quand vous trouvez des tubercules dans un organe ou un tissu, il y en a dans le poumon. » Eh bien! chez notre malade, nous n'avons jamais trouvé de signes physiques bien nets de tuberculose pulmonaire, à la percussion et à l'auscultation des sommets ou des autres parties des poumons. Les signes fonctionnels qui existent : dépérissement continu, état cachectique, etc., peuvent aussi bien se rapporter à la tuberculose intestinale et ne nous apprennent rien. On ne peut donc que soupçonner cette tuberculose pulmonaire. Les troubles digestifs qu'entraîne la lésion que nous supposons exister dans l'intestin suffisent pour expliquer ces troubles de la nutrition.

Au reste, messieurs, l'exception à la règle de Louis n'est point rare chez les enfants. On peut même dire qu'elle leur est spéciale. Rillet et Barthez, sur 312 cas de tuberculoses diverses, ont vu 47 fois les poumons

(1) M. Guillet sur 132 cas de cancer du rein, a relevé 45 cas chez l'enfant et 87 chez l'adulte, et a montré que cette localisation du cancer est surtout fréquente chez les enfants très jeunes (au-dessous de 5 ans). Il importe de faire remarquer que dans tous ces faits il s'agit de sarcome et non de carcinome. Voir d'ailleurs : GUILLET. *Des tumeurs malignes du rein*, thèse de doctorat, Paris, 1887, p. 70.

indemnes. On a dit aussi: quand il y a en même temps tuberculose dans l'intestin et les poumons, la tuberculose pulmonaire est la lésion prédominante. Oui, chez l'adulte; mais chez l'enfant, c'est souvent l'inverse qui s'observe.

Notre malade est donc atteinte d'une tuberculose intestinale, avec tuberculose mésentérique et tuberculose pulmonaire, sinon certaines, du moins très probables; mais elle présente encore deux autres phénomènes morbides dont il nous faut rechercher la nature. Ce sont : 1° L'*augmentation de volume du foie* ; 2° L'*œdème mou* des membres inférieurs.

a) L'augmentation de volume du foie s'explique assez facilement. Dans la tuberculose et dans la tuberculose intestinale surtout, le foie subit une *dégénérescence graisseuse* et augmente de volume. C'est là certainement l'hypothèse la plus vraisemblable, car, dans toutes les diarrhées chroniques, surtout celle d'origine tuberculeuse, la stéatose du foie est très commune ; mais ce n'est pas la seule. Il pourrait s'agir d'une *dégénérescence amyloïde*, car une diarrhée continue n'est-ce point quelque chose d'analogue à une suppuration prolongée? Malheureusement il est bien difficile de faire, pendant la vie, le diagnostic différentiel entre ces deux lésions. A part la notion des antécédents, on n'a pas de signe diagnostique.

b) Quant à l'œdème actuel, est-il dyscrasique, cachectique? Oui, probablement. En tous cas, il est difficile de se prononcer sur sa pathogénie. Cependant, si cet œdème ressemble par les phénomènes douloureux qui l'accompagnent à celui de la phlegmatia alba dolens observé en octobre dernier, il me paraît en différer au moins par un caractère important, à savoir sa *mollesse*.

(*A suivre*).

Faculté des sciences de Paris. — M. Peyron a soutenu devant la Faculté des sciences de Paris, le jeudi 8 mars 1888 à trois heures, deux thèses intitulées : 1° *Recherches sur l'atmosphère interne des plantes* ; 2° *de l'action toxique et physiologique de l'hydrogène sulfuré sur les animaux*.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Leipzig*. Sont présentés pour la chaire de clinique médicale en première ligne et *ex æquo*, MM. Erb (d'Heidelberg) et Liebermeister (de Tubingue).

Concours Vulfranc-Gerdy. — L'Académie de médecine met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1888. Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1889. Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque candidat.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr Josserand. Les questions sorties ont été les suivantes. Anatomie et physiologie (épreuve écrite, 4 heures): *Appareil glandulaire de l'estomac et suc gastrique*. — Pathologie interne (épreuve écrite, 4 heures) : *Des complications rénales des maladies aiguës*. — Hygiène et thérapeutique (épreuve écrite, 4 heures): *Traitement de la diphtérie*. — Le concours comportait en outre deux épreuves cliniques.

Récompenses. — Une médaille d'or de deuxième classe vient d'être décernée à M. Berruyer, médecin à Nantes, qui a été blessé en arrêtant un cheval emporté attelé à une voiture !!

Souscription en faveur de la veuve d'un médecin. — Les médecins du XVIe arrondissement ont pris l'initiative d'une souscription en faveur de la veuve d'un de nos confrères du XVIe arrondissement, ayant exercé à Passy durant de longues années et décédé récemment sans fortune, ne laissant pas même de quoi payer ses funérailles. Sa veuve est fille et petite-fille de médecin. Les souscriptions sont reçues chez MM. les Drs Ory, 1, rue Delaroche; De Bosiat, 20, rue Vital ; Larcher, 97, rue de Passy.

ANATOMIE

Quadriceps crural (*fin*) (1) ;

Par le Dr Paul Poirier, agrégé de la Faculté, Chef des travaux anatomiques.

Vaste interne (V I, *fig*.38).— A première vue ce muscle paraît confondu avec le crural, mais en réalité les deux muscles, qui échangent en bas de nombreux faisceaux charnus, sont séparés par toute la face interne du fémur, libre de toute insertion musculaire sur toute sa hauteur et sur presque toute sa largeur.

Pour trouver cette séparation et préparer les deux muscles, il suffit d'inciser verticalement jusqu'au fémur le tiers inférieur du vaste interne : l'incision tombera sur la face interne du fémur, qu'il suffira de suivre pour distinguer et séparer les deux muscles. (*Fig*. 39.)

Moins volumineux que l'externe le corps charnu du vaste interne est formé de fibres qui contournent le fémur en se dirigeant obliquement de haut en bas et d'arrière en avant.

Il s'insère à *toute l'étendue de la lèvre interne de la ligne âpre*. On sait qu'en haut la ligne âpre se trifurque : la branche externe qui se dirige en dehors donne insertion au grand fessier et plus haut au vaste externe ; la branche moyenne, qui monte vers le petit trochanter, donne insertion au pectiné; la branche interne traverse très obliquement la face interne du fémur pour gagner le tubercule inférieur de la ligne oblique (intertrochantérienne antérieure) ; quelques anatomistes désignent cette branche sous le nom, très convenable, de *ligne spirale*.

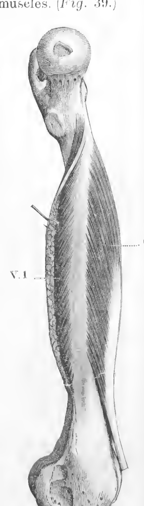


Fig. 38. — Face interne du fémur libre de toute insertion musculaire.

Je répète que le vaste interne s'insère à la lèvre interne de la ligne âpre continuée en haut par la ligne spirale jusqu'au tubercule qui donne insertion au faisceau vertical du ligament de Bertin. Le plus ordinairement le vaste interne ne prend point d'autre insertion ; il est rare de voir quelques-unes de ses fibres charnues naître de la face interne du fémur. En bas quelques faisceaux charnus s'insèrent sur le tendon du troisième adducteur et la cloison intermusculaire interne.

Les insertions du vaste interne à la ligne âpre se font par une aponévrose qui contracte de solides adhérences avec celle des adducteurs. Les fibres charnues naissent de celle des faces de l'aponévrose qui regarde l'os.

Le tendon inférieur du vaste interne commence dans l'intérieur du muscle et reçoit d'abord les fibres charnues par ses deux faces; plus bas, il devient libre et s'unit au feuillet tendineux du crural. Cependant, ces deux

(1) Voir *Progrès médical*, n° 10, 1888.

tendons n'étant unis que par un tissu celluleux, on arrive à les séparer et l'on voit que le tendon propre au vaste interne entrecroise ses fibres supérieures avec le tendon du vaste externe, tandis que les inférieures vont s'insérer à la base et au côté interne de la rotule.

Fig. 39. — Quadriceps crural.

R. Williams, qui a vu que la face interne du fémur était toujours libre d'insertions musculaires et formait une séparation parfaite entre le vaste interne et le crural, signale encore un petit rameau nerveux qui descend entre les deux muscles, le long du bord interne du fémur pour se rendre dans les fibres les plus inférieures du crural. Si j'en crois mes recherches, ce rameau, fort grêle, est constant ; mais il est quelquefois situé plus en dehors, sur le corps même du crural. (*Fig.* 38).

Crural (CC', *fig*.39). — Entre le vaste interne et le vaste externe, demeurés en place, on aperçoit une partie de l'aponévrose du muscle crural; si l'on vient à rejeter de chaque côté les corps charnus des muscles précédents, le crural se dégage et apparaît recouvrant les faces antérieure et externe du fémur. Sa face antérieure présente une large aponévrose d'insertion : il est fa-

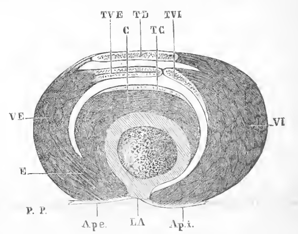


Fig. 40. — Coupe demi-schématique du quadriceps : VE, vaste externe. — TVE, tendon du vaste externe. — VI, vaste interne. — TVI, tendon du vaste interne. — C, crural. — TC, tendon du crural. — Ape, Api, aponévroses intermusculaires. — LA, ligne âpre.

cile de décoller avec le doigt cette aponévrose des fibres musculaires du vaste externe; mais cette séparation, très facile en haut, devient plus diffile en bas où les deux muscles sont réunis par d'épais faisceaux charnus : c'est en ce point aussi que le crural passe sous le bord inférieur du vaste externe pour devenir sous-cutané à la partie inférieure et externe de la cuisse.

Le crural s'insère par des fibres charnues à la face antérieure, à la face externe, aux bords interne et externe du fémur. En haut et en avant, ses insertions sont généralement séparées de celles des vastes par une bande osseuse large de 5 à 10 mill. ; quelquefois cependant les insertions se rapprochent davantage, ou deviennent contigues. En dehors, les insertions commencent un peu moins haut ; elles occupent toute la face externe de l'os et vont presque à la ligne âpre, au contact des insertions du vaste externe. En dedans, la crural est séparé du vaste interne par la face interne de l'os. Le bord interne du fémur forme la limite des insertions du crural qui n'empiète que très rarement sur la face interne de l'os (je ne crains pas d'insister sur ce point que la *fig.* 39 met bien en évidence).

On sait que le vaste externe ne s'attache qu'à la moitié supérieure de la lèvre externe de la ligne âpre : dans sa moitié inférieure cette lèvre appartient au crural qui y prend insertion ainsi qu'à la partie correspondante de l'aponévrose inter-musculaire externe. La portion du crural qui s'insère en ces points est celle qui se dégage du bord inférieur du vaste externe en *paraissant* continuer la masse de celui-ci ; j'ai noté plus haut l'interstice, quelquefois graisseux, qui sépare les deux muscles en ce point.

De ces insertions les fibres du crural descendent, les antérieures verticalement, les internes obliquement, les externes et inférieures plus obliquement, vers un tendon qui continue l'aponévrose antérieure du muscle. Sur les côtés, les faisceaux charnus descendent très bas, jusqu'à la rotule, surtout en dehors.

Le tendon du crural, né de l'aponévrose antérieure du muscle est mince et large : un peu au-dessus de la rotule son bord externe s'unit au feuillet tendineux interne du vaste externe ; son bord interne s'unit bien

moins intimement au tendon du vaste interne. Toujours on peut suivre le tendon du crural jusqu'à la base de la rotule.

Le muscle crural est composé de lamelles musculaires superposées concentriquement à la diaphyse fémorale. Williams qui a vu ces lamelles nettement séparées à leur insertion, les désigne sous le nom d'arcs-cruraux. A la vérité, je n'ai jamais constaté leur séparation d'une manière évidente. La plus inférieure de ces lamelles, seule, est toujours séparée du reste du muscle par un A osseux, large d'un centimètre environ ; cette lamelle constitue le muscle sous-crural. (Dupré).

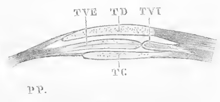


Fig. 41, — TD, tendon droit. — TVE, tendon du vaste externe. — TVI, tendon du vaste interne, — TC, tendon du crural.

Muscle sous-crural (subcruralis, articularis genu). — Il est constitué par la lamelle inférieure et profonde du crural. Rarement il prend l'aspect d'une lame musculaire compacte : le plus souvent il est formé de faisceaux charnus épars dans un tissu cellulo-graisseux. Il n'y aurait pas lieu de le séparer du crural, s'il ne s'en distinguait par ses insertions inférieures. En effet, les fibres ne se rendent point au tendon plat qui reçoit les autres fibres du crural ; elles se terminent en s'éparpillant sur la partie supérieure de la capsule articulaire, si mince en ce point. Isenflamm, Rosenmüller, et après eux Theile, ont remarqué que les fibres musculaires du sous-crural se répartissaient ordinairement en deux faisceaux latéraux distincts, dont l'interne a coutume d'être plus considérable que l'externe ou antérieur.

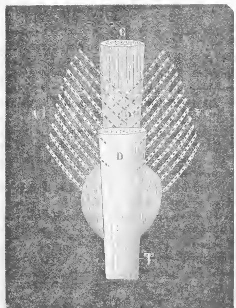


Fig. 42. — Schéma des insertions rotuliennes du quadriceps crural. — C, tendon du crural. — VI, VE, tendons réunis des vastes. — D, tendon du droit antérieur.

Insertion rotulienne du quadriceps crural. — Les quatre portions du quadriceps crural se réunissent, à quelques centimètres au-dessus de la rotule, en un tendon commun, le tendon rotulien. Mais la fusion n'est qu'apparente : les tendons des quatre muscles se sont accolés plutôt que soudés, et une dissection un peu attentive les sépare facilement. En réalité, le tendon rotulien est constitué par trois couches tendineuses : une couche superficielle formée par le tendon du droit antérieur (T D), une moyenne formée par les tendons réunis des vastes (T V E — T V I), et une postérieure ou profonde formée par le tendon du crural (T C). Ces couches sont assez intimement unies sur leurs bords, par l'intrication des fibres tendineuses, mais leurs faces ne sont maintenues adhérentes que par un tissu cellulaire peu dense, creusé de grandes cavités ; avec le manche du scalpel, il est facile de les séparer. — Assez souvent on trouve entre ces couches tendineuses de véritables bourses muqueuses : Theile, et bien d'autres, ont noté leur présence ; je les ai signalées comme assez fréquentes dans un travail sur *les bourses séreuses du genou*. (Arch. gén. de méd., 1886). Je crois que sous l'influence des manœuvres habituelles à certaines professions (cordonniers) elles peuvent se développer et donner lieu à des tumeurs intra-tendineuses inflammatoires ou chroniques.

Pour bien mettre en évidence la structure du tendon rotulien et la superposition des trois couches tendineuses qui le composent, la dissection est suffisante ; mais cette dissection deviendra plus facile si l'on a fait au préalable macérer le tendon et la moitié inférieure du muscle dans une solution faible d'acide acétique ou de potasse. Alors, en séparant les plans fibreux avec le manche du scalpel, on constatera aisément l'insertion de chacune des quatre portions du quadriceps.

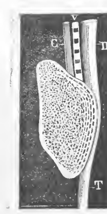


Fig. 43. — Coupe schématique des insertions rotuliennes du quadriceps crural. — D, couche superficielle formée par le tendon du droit antérieur. — V. Couche moyenne formée par les tendons réunis des vastes, — C. Couche profonde formée par le tendon du crural. — T. Ligament rotulien.

1° Le *droit antérieur* s'insère par son tendon élargi et mince : 1° au bord antérieur de la base de la rotule ; 2° au tiers supérieur de la face antérieure de cet os. Ses fibres les plus superficielles se continuent avec les fibres superficielles du ligament rotulien et vont avec celles-ci s'insérer à la tubérosité antérieure du tibia.

2° Le *vaste interne* et *le vaste externe* unissent leurs tendons à quelques centimètres au-dessus de la rotule par un V tendineux dont le sommet forme, en s'élargissant, un large feuillet fibreux, commun aux deux muscles et qui va s'insérer à la base rotulienne, immédiatement en arrière du tendon droit antérieur. — Les fibres charnues des deux vastes ne se rendent pas toutes à ce tendon : les plus superficielles s'insèrent aux bords du tendon droit antérieur ; les inférieures vont s'associer par de courtes fibres tendineuses à la moitié supérieure des bords de la rotule.

3° Enfin le tendon large et mince du *crural* s'insère à la base de la rotule, derrière le tendon commun aux deux vastes, formant ainsi la couche profonde du tendon rotulien.

A la dernière séance de la Société anatomique, M. Hartmann, prosecteur distingué de notre Faculté, a montré un cas dans lequel le tendon du crural était divisé en languettes verticales, nettement séparées les unes des autres.

Anatomie comparée. — *Le droit antérieur* des Mammifères possède ordinairement deux tendons d'ori-

gine: l'un réfléchi, l'autre direct. Toutefois, celui des Rongeurs et du Kangourou n'a qu'un seul tendon, le *réfléchi* (SABATIER, de Montpellier). Celui du Chien n'a également qu'un seul tendon ; c'est le *direct* (GIRARD). D'après MM. CHAUVEAU et ARLOING, celui du Mouton n'a aussi qu'un seul tendon ; mais ces deux auteurs n'indiquant point les insertions de ce tendon unique, il nous est impossible de savoir s'il s'agit du direct, du réfléchi, ou bien de ces deux tendons fusionnés. Enfin, le droit antérieur des oiseaux n'a qu'un seul tendon, le *direct* (SABATIER).

Le *triceps fémoral* de la Grenouille, dit CUVIER, est représenté par deux portions bien distinctes : 1° le *vaste interne* ; 2° le *vaste externe* et le *crural* qui ne forment manifestement qu'une seule portion. D'après ALIX, le Monitor (Reptile de l'ordre des Sauriens) a un *vaste interne* et un *vaste externe*. Le premier inséré sur les 2/3 inférieurs de la face interne du fémur, ne s'unit à la masse commune que très près de l'articulation du genou ; le second, recouvrant les faces externe et antérieure du fémur, représente le *vaste externe* et le *crural*.

D'après ce même auteur, le *vaste interne* des Oiseaux se distingue toujours nettement ; mais le *vaste externe* et le *crural* sont confondus chez les Perroquets, les Rapaces et le Cygne. Chez les Gallinacés, le *vaste externe* se distingue difficilement du *crural* ; il s'en sépare mieux chez les Pigeons ; enfin, chez la Mouette et le Chevalier le *vaste interne*, le *vaste externe* et le *crural* forment trois portions bien distinctes. Toutefois, le *vaste interne* est de beaucoup le plus complètement isolé.

Chez les Mammifères, CUVIER décrit un *vaste interne*, un *vaste externe* et un *crural*. GIRARD sépare aussi ces trois portions chez le Cheval et les Mammifères domestiques. Mais MM. CHAUVEAU et ARLOING, s'inspirant, comme ils le disent, de la description de Cruveilhier, ne donnent au triceps qu'un *vaste interne* et un *vaste externe*. Toutefois, au lieu de rattacher entièrement le *crural* au *vaste interne*, comme l'a fait leur modèle, ils le confondent moitié avec le *vaste interne*, moitié avec le *vaste externe*.

Je pense qu'il y aurait quelque intérêt à reprendre les études d'anatomie comparée, notamment en ce qui touche le dédoublement si fréquent du vaste externe. Si j'en crois mes recherches sur le Chien et le Blaireau, le tendon unique (?) du droit antérieur que GIRARD a rencontré chez le Chien, est un tendon double comme celui de l'Homme ; mais les branches de la bifurcation sont tellement rapprochées qu'elles paraissent n'en faire qu'une. On remarquera encore que, chez les animaux qui présentent une fusion de deux des trois portions du triceps, c'est le vaste externe qui s'unit au crural, et jamais le vaste interne, lequel demeure toujours nettement séparé du crural.

ECOLE D'ANTHROPOLOGIE. — La 6e Conférence transformiste sera faite le jeudi 12 avril 1888, à 4 heures de l'après-midi, à la *Société d'anthropologie de Paris*, 15, rue de l'École-de-Médecine. Le conférencier, M. le Dr A. BORDIER, traitera des *Microbes et le Transformiste*. On se procure des billets au siège de la Société.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. COSSON, membre de l'Institut, est chargé d'une mission scientifique à l'effet de visiter et d'étudier, au point de vue botanique, la Tunisie, et en Algérie, le sud de la province d'Oran et divers points insuffisamment connus des provinces d'Alger et de Constantine. — M. Clément Duval, préparateur de plantes, est adjoint à la commission chargée de poursuivre, en 1888, les études scientifiques sur le territoire de la régence de Tunis. M. Barratte est nommé membre de la commission chargée de poursuivre, en 1888, les mêmes études.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le Congrès français de Chirurgie à Paris.

TROISIÈME SESSION. — 12-17 MARS 1888.

La troisième session du Congrès français de Chirurgie s'est ouverte à Paris, lundi dernier, 12 mars, à deux heures de l'après-midi. La séance d'inauguration a eu lieu ce soir là dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, décoré à cette intention et luxueusement aménagé.

Jusqu'à cette année les séances avaient lieu à la Faculté de médecine, parce que la session, coïncidant avec les vacances de la Faculté, le grand amphithéâtre était libre. Mais, cette fois, en raison du Congrès de l'Association française qui va se tenir, pendant les vacances de Pâques prochaines à Oran, on a dû avancer la date de la réunion et se contenter de la salle que l'Assistance publique a bien voulu fort gracieusement mettre à la disposition des chirurgiens.

Il n'est plus besoin ici de rappeler les origines de ce *Congrès annuel des chirurgiens de langue française*. On se souvient, d'autre part, du succès des deux premières sessions ; ce que nous avons vu et entendu à la séance d'ouverture et à celles qui l'ont suivie, nous a prouvé déjà que cette année, comme les précédentes, le Congrès aura été des plus brillants et des plus suivis.

Lundi dernier, en effet, une foule nombreuse était réunie sur les bancs de l'amphithéâtre de l'avenue Victoria. Nous y avons remarqué la plupart des chirurgiens de Paris, un grand nombre de chirurgiens de province, beaucoup d'internes des hôpitaux et d'étudiants en médecine. Grâce à l'initiative et la complaisance du secrétaire général, M. le Dr Pozzi, une place avait été réservée à la presse médicale.

Le Président, M. le Pr Verneuil, membre de l'Institut, a déclaré ouverte la troisième session du Congrès des Chirurgiens de langue française et a prononcé une allocution que des applaudissements sympathiques ont souvent interrompue. A côté de lui, sur la tribune réservée aux membres du bureau, avaient pris place : à sa droite, M. le Pr Brouardel, doyen de la Faculté de Paris, M. le Pr Ollier (de Lyon) ; à sa gauche, M. le baron Larrey, membre de l'Académie de médecine, vice-président du Congrès, M. le Dr Peyron, directeur général de l'Assistance publique à Paris. Sur l'estrade, nous avons encore reconnu M. le Pr Lannelongue, M. le Pr Panas, M. Maurice Perrin, MM. les Prs Guyon et Duplay, M. Gavarret, inspecteur général des Facultés de médecine, M. le Dr Rochard, M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'Intérieur, représentant le ministre de l'Intérieur, M. Gréard, recteur de l'Académie de Paris, quelques éminents chirurgiens étrangers, M. Thiriar (de Bruxelles), M. Godwin (de Londres), M. Socin (de Bâle), etc., et enfin quelques professeurs des Facultés de province.

Le discours de M. Verneuil a eu pour but de montrer que la chirurgie française, que l'étranger dédaigne tant, n'est pourtant pas rétrograde. Nous progressons, nous aussi, mais d'une façon différente de nos voisins. Pour aller d'un pas plus lent, nous n'en marchons pas moins et nous le faisons par des voies exemptes de dangers.

Nous opérons avec plus de circonspection, cela est certain, mais est-ce un défaut ou une qualité ? C'est là ce qu'il faudrait savoir. Pour lui, il pense qu'il faut réagir contre certaines hardiesses de nos jeunes chirurgiens qui opèrent à outrance; il croit qu'il faut avoir un peu plus de respect pour l'autorité des anciens maîtres. Il constate qu'à cette époque il y a une bien plus grande indépendance dans l'illustre phalange chirurgicale qui fait notre gloire. —On le voit, c'est presque le fameux discours de Grenoble, qui, lu devant une assemblée composée surtout de gens étrangers à la médecine, a eu l'immense retentissement que l'on sait. Cependant, sont-ils vraiment coupables ceux qui, se basant sur une expérience de chaque jour, viennent défendre ces tentatives que M. Verneuil traite de hasardées, ces tentatives qui leur donnent les plus merveilleux résultats ? Un chirurgien ne peut-il donc pas renvendiquer à bon droit l'honneur d'avoir pratiqué de telles opérations? l'honneur d'avoir guéri les malades qu'en théorie il devait tuer ?

M. Verneuil pense que beaucoup vont trop loin, s'engagent avec trop de désinvolture dans les voies nouvelles. Puis, ce reproche fait à la hardiesse de certains de ses jeunes confrères, il relève avec fierté l'attaque que M. Billroth a jugé bon de formuler contre la Chirurgie française. Si l'Allemand a parlé ainsi, c'est qu'évidemment il ignore complètement ce qu'elle vaut. La preuve, c'est que dans son fameux traité de *Pathologie générale* on ne trouve aucune mention des meilleurs travaux sortis de notre école. Il est bien certain, ajoute M. le Président, que nous n'extirpons pas tous les jours des pharynx, des larynx, des œsophages, des estomacs, que nous ne ponctionnons pas journellement les oreillettes ou les ventricules. Oui, certes, nous ne sommes pas aussi téméraires que les Américains, les Anglais et les Allemands. Nous devons nous en faire gloire de ne pas marcher sur leurs traces, au risque de nous casser le cou... et de tuer nos malades; mais il s'empresse de dire que, s'il faut savoir se borner, on ne doit pas hésiter cependant à opérer ce qui peut et doit être raisonnablement opéré.

« Si l'on compare, dit-il dans ses tendances générales, la thérapeutique chirurgicale en France et à l'étranger, on peut affirmer sans crainte d'être démenti, que dans aucun pays elle n'est plus conservatrice que dans le nôtre ; que nulle part plus qu'ici on ne se préoccupe : 1° D'utiliser les médicaments, les agents hygiéniques, les moyens chirurgicaux dits de douceur et les opérations non sanglantes ; 2° De baser l'ensemble du traitement sur l'étiologie, la pathogénie, la nature, les formes et le degré du mal à combattre ; 3° De mettre à profit les enseignements de la physiologie et de la pathologie générale et d'effacer les barrières malencontreusement élevées entre les pathologies interne et externe ; 4° D'employer, au cas où la médecine opératoire est nécessaire, les procédés les moins périlleux et les plus faciles à exécuter ; 5° D'être éclectique, c'est-à-dire d'accepter comme utile tout moyen thérapeutique, à la condition expresse de déterminer soigneusement les cas fréquents ou rares qui le réclament, et surtout de ne l'appliquer exclusivement ni au hasard ni par séries ; 6° D'être opportuniste, c'est à-dire de peser soigneusement les avantages et les inconvénients de l'action précoce ou tardive, de l'abstention momentanée ou définitive pour arriver à saisir le moment favorable, *l'occasio præceps* ; 7° De préciser rigoureusement les indications et contre-indications opératoires, en tenant grand compte de l'état organique des sujets et des maladies constitutionnelles patentes ou latentes dont ils sont atteints ; 8° Enfin d'instituer avant, pendant et après l'acte chirurgical, un traitement capable d'en préparer, d'en assurer et d'en rendre définitif le succès Or, tout porte à croire que le chirurgien, pénétré de ces principes et les appliquant avec conscience et sagacité, guérira beaucoup de malades, et si les trompettes de la renommée ne portent pas au loin son nom comme s'il avait enlevé un poumon ou lié le tronc basilaire, il pourra se consoler en comptant le nombre de ceux auxquels il aura, sans fracas, conservé la santé ou sauvé l'existence. . . . .

Les objections, il est vrai, ne manquent pas, et n'ont jamais manqué à cette pratique modeste qui, il en faut convenir, n'ajoute rien au prestige redoutable de la chirurgie armée. Vers 1840, à Lisfranc qui la préconisait, bien qu'il fut un des opérateurs le plus justement célèbres de son temps, on reprochait ironiquement de faire la *chirurgie des cataplasmes (sic)*; aujourd'hui encore les opérateurs raillent les thérapeutes qu'ils accusent d'agir lentement et de mettre des jours, des semaines et des mois à guérir ce que les vrais actes chirurgicaux suppriment en quelques heures, jours ou semaines. Pour quelques-uns l'essentiel est d'aller vite, et en conséquence l'on va si vite parfois qu'on ne prend pas même le temps de porter le diagnostic et d'entrevoir les contre-indications. Si l'on oppose timidement la bénignité et la simplicité des opérations douces et minimes à la gravité et à la difficulté des grandes entreprises chirurgicales, il vous est répondu que la gravité n'existant plus grâce à la méthode antiseptique, il n'y a pas lieu d'en tenir compte, et que la chirurgie devant être faite par des chirurgiens, sa simplicité devient accessoire. Bref, il semble qu'on sacrifie un peu trop le *tutò* au *citò* et que parfois pour aller vite, lorsque par exemple on tente la réunion immédiate après l'uréthrotomie externe ou la fistule à l'anus, on complique comme à dessein des procédés qui suffisaient à nos pères et qui suffisent encore à la plupart d'entre nous. nn signalant ces propensions fâcheuses, je crois pouvoir dire quelles sont surtout d'importation étrangère, ce qui me fait espérer que, pour employer le langage du jour, elles ne trouveront pas dans notre pays un milieu favorable à leur culture. Si, comme on n'en saurait douter, une affection chirurgicale a d'autant plus de chance de guérir qu'on a fait un choix plus judicieux entre les diverses façons de la traiter, l'éclectisme en thérapeutique est un devoir et devient, quand il est appliqué à propos, une qualité maîtresse ; par contre, l'exclusivisme est au moins une faute, pour ne pas le qualifier plus sévèrement. . . . .

N'allez pas croire que l'éclectisme, pour porter ses fruits, exige une longue expérience et une vaste pratique, ce qui le rendrait inaccessible aux jeunes chirurgiens et aux médecins de province qui n'opèrent que par accident. La sélection thérapeutique s'effectue très convenablement avec du bon sens et une instruction qu'on peut toujours acquérir. Peut-être pourrait-on tirer partie d'une formule que j'ai éditée jadis et qui me guide chaque jour dans mes jugements. Si l'on considère dans tout moyen thérapeutique l'*efficacité*, la *bénignité* et la *simplicité*, il suffit, lorsque deux opérations sont en concurrence, d'examiner comparativement les trois qualités dans chacune d'elles et tout naturellement on choisit celle qui, avec une efficacité égale, présente une bénignité plus notoire et une plus grande facilité d'exécution. . . .

M. le Président a ajouté qu'il veut bien reconnaître que nous devons à nos rivaux d'utiles emprunts; mais il a réclamé la réciproque, et ce n'est que justice. La preuve que notre chirurgie n'est pas en décadence c'est le concours que nous apportent les confrères venus des pays voisins et auxquels il est heureux de souhaiter la bienvenue. Si le Congrès tout entier acclame avec joie ses amis étrangers, il est aussi du devoir des Parisiens d'exprimer leur gratitude à leurs confrères de province. En les voyant si nombreux, tous apprécient quel intérêt ils portent à ces assises scientifiques et quel désir ils ont d'en assurer le succès. Il est certain que tous ils ne peuvent pas tout faire et que plusieurs grands actes chirurgicaux sont encore hors de la portée de quelques-uns d'entre eux; mais ces cas sont assez rares et il y a lieu d'espérer qu'ils le deviendront de plus en plus, à partir du jour où on sera parvenu à perfectionner et surtout à simplifier la technique opératoire.

M. Verneuil a terminé par ces mots :

« Applaudissons donc sans réserve, Messieurs, à la démocratisation de la chirurgie, si conforme à l'esprit humanitaire et désintéressé de notre race; sans abaisser

les grands, elle élève les moyens et les petits et fait entrevoir l'heure où l'on trouvera sur les points les plus reculés de notre territoire des esprits éclairés et des mains habiles. Si les Congrès français de chirurgie hâtent cet heureux événement, ils auront bien mérité de la Science et de la Patrie. »

M. le Dr Pozzi, secrétaire général, a pris ensuite la parole pour exposer l'état de la situation financière du Congrès des chirurgiens de la langue française au moment de la troisième session. Aujourd'hui, il y a 220 membres, dont 150 titulaires environ et une soixantaine de membres fondateurs. Les frais d'impression du dernier volume, les frais de décorations de la salle, etc., se sont élevés à 5,000 francs environ. Cette somme est un peu plus élevée que celle de l'année dernière en raison de l'importance plus grande du deuxième volume par rapport au premier et d'une installation matérielle plus confortable. Le capital est aujourd'hui de 13,100 francs.

M. Pozzi, après avoir rappelé qu'un certain nombre de chirurgiens étrangers, Suisses, Espagnols et Roumains sont venus assister au Congrès, que la Grande-Bretagne a bien voulu déléguer un chirurgien militaire pour venir prendre part aux travaux des chirurgiens français, a terminé son rapport en priant tous les praticiens de venir, eux aussi, apporter leur obole et communiquer leurs travaux : « Vous faites de trop bonne chirurgie pour que nous ne faisions pas de bonnes finances. »

La fin de la séance d'ouverture a été consacrée à deux importantes communications de MM. Ollier (de Lyon) et Demons (de Bordeaux). On en trouvera plus loin le compte rendu (1) ainsi que celui des communications faites aux séances suivantes ; on verra qu'elles sont loin de venir corroborer les paroles que M. Verneuil a prononcées dans le discours analysé ci-dessus. Mardi et mercredi le Congrès a tenu ses séances matin et soir ; l'amphithéâtre, surtout dans l'après-midi, était constamment comble. Le jeudi, 15 mars, les membres du Congrès ont visité, dans la matinée, les divers services chirurgicaux de Paris.

Ils ont aussi visité, sur la présentation de leur carte : d'abord l'Institut Pasteur, où ils ont pu assister aux séancesd'inoculation à 11 h. du m. et aux démonstrations faites par M. le Pr Grancher, à 4 heures de l'après-midi ; puis la Morgue (de 2 à 3 heures); enfin, les nouvelles installations de la Faculté : (Salles de dissections ; — Musée d'hygiène (de 2 à 4 heures) ; — Laboratoires d'histologie et de bactériologie de M le Pr Cornil).

Le même jour, à 7 h. 1/2 du soir, un banquet a eu lieu à l'hôtel Continental ; la plupart des membres actifs du Congrès y assistaient. Marcel BAUDOUIN.

(1) Voir page 212.

BANQUET OFFERT A M. STRAUS. — Les élèves et amis de M. Straus ont l'intention de lui offrir un banquet à l'occasion de sa nomination de professeur à la Faculté de médecine de Paris. Le banquet sera donné au Lion-d'Or, rue du Helder, le samedi 24 mars, à 7 heures. Le prix de la cotisation est fixé à vingt francs. Les adhésions doivent être envoyées au plus tard le 17 mars, à M. Dejerine, 14, rue Jacob ou à M. Blocq, 11, avenue des Gobelins, ou R. Wurtz, 67, rue des Saint-Pères.

L'assainissement de la Seine et l'utilisation agricole des eaux d'égout.

Il s'agit là d'une question dont nous avons souvent entretenu nos lecteurs depuis plusieurs années (1). Pour remédier à l'infection de la Seine, produite surtout par le déversement quotidien des 359,000 mètres cubes d'eaux impures qu'y déversent les égouts de Paris, le Gouvernement a invité le Conseil municipal à examiner un avant-projet relatif aux mesures à prendre. Le Gouvernement conseillait à la Ville de poursuivre dans la vallée de la Seine l'expérience faite à Gennevilliers, l'utilisation agricole des eaux d'égout, et lui indiquait, comme seconde étape, les terrains bas de la forêt de Saint-Germain, dans la commune d'Achères. Le Conseil municipal s'est conformé à ces indications et a signé avec l'État une Convention pour la location, avec facilité d'achat, de 1,100 hectares de terrains domaniaux. Ces terrains comprenaient : Deux *fermes* d'une contenance de 372 hectares, des *tirés* comprenant 427 hectares et 300 hectares de *hautes futaies*. Par esprit de conciliation, et bien qu'on n'eut pas l'idée de défricher les hautes futaies mais d'y pratiquer l'irrigation, ces 300 hectares ont été écartés. Restaient 800 hectares pour l'épuration par le sol avec utilisation agricole des eaux d'égout (2).

Le projet de loi soumis, en dernier lieu, à la Chambre des députés, avait donc pour but la cession à la Ville de Paris de ces 800 hectares et la déclaration d'utilité publique pour les travaux nécessaires à l'envoi des eaux d'égout de l'usine de Clichy, située auprès du débouché des collecteurs, jusque sur les terrains d'Achères.

Ce projet a été soumis à une Commission dont la majorité s'est montrée favorable et a confié le rapport à M. Bourneville (3).

Ce rapport, mis à l'ordre du jour au commencement de janvier 1887, est enfin venu en discussion le 17 janvier dernier. Cette discussion a été très mouvementée et a duré beaucoup plus longtemps qu'on ne pouvait le prévoir : elle a occupé, en effet, six séances, car les adversaires du projet y ont introduit des questions qui n'étaient nullement en cause, par exemple le tout à l'égout. Le projet a été combattu par MM. Hubbard, F. Passy, C. Raspail, Delisse, Périllier, de Mortillet, Jolibois et Barbe et il a été défendu par MM. Nadaud, Bourneville, rapporteur, de la Ferronnays, Achard, Alphand, commissaire du Gouvernement, et Loubet, ministre des Travaux publics. M. Chamberland directeur du laboratoire de M. Pasteur, a pris part également aux débats; il s'est déclaré très nettement partisan du tout à l'égout et de l'utilisation agricole des eaux d'égout et a voté contre le projet sous prétexte que les terrains d'Achères étaient insuffisants, s'imaginant, en dépit de tous les renseignements donnés qu'on déverserait toutes les eaux d'égout à Achères.

L'intervention répétée, très ferme, très habile, de M. Loubet, qui est parfaitement au courant des questions d'assainissement (4), a contribué grandement à assurer le succès définitif. La Chambre a adopté, par 261 voix contre 232, le projet de loi ainsi conçu :

(1) *Progrès médical*, 1885, I, p. 216 ; — 1886, III, p. 42, 414 ; — 1886, IV, p. 586 ; — 1887, V, p. 390, etc.

(2) La superficie de la forêt de Saint-Germain est de 4,600 hectares ; celle des tirés de 400 hectares, soit à peine la dixième partie de la Forêt, ce qui n'empêche pas certaines personnes d'affirmer que les ingénieurs de Paris veulent la détruire toute entière.

(3) Nous avons donné l'analyse de ce rapport dans le n° 3, 1886.

(4) En qualité de maire de Montélimar, M. Loubet a fait réaliser l'utilisation agricole des eaux d'égout de cette ville. Les résultats obtenus ont été excellents sous tous les rapports.

Article premier. — Il sera procédé à l'exécution des travaux nécessaires pour conduire dans la presqu'île de Saint-Germain les eaux d'égout de Paris, élevées par des machines établies à Clichy, conformément aux dispositions générales du projet dressé, à la date du 10 juillet-27 août 1880, par les ingénieurs du service municipal de la ville de Paris. Les travaux ci-dessus mentionnés sont déclarés d'utilité publique.

Art. 2. — La dépense sera exclusivement supportée par la ville de Paris.

Art. 3 — Est approuvée la convention passée entre l'État représenté par les Ministres des Finances, de l'Agriculture et des Travaux publics, et la Ville de Paris, représentée par le Préfet de la Seine, pour la location ou la cession à cette dernière des terrains domaniaux destinés à servir de champ d'irrigation pour les eaux d'égout.

Art. 4. — Dans les terrains concédés, la Ville de Paris ne pourra répandre ses eaux que sur les parties du sol mises en culture, sans préjudice de l'utilisation sur d'autres points par elle-même ou par concessionnaires, au moyen des traitements chimiques ou d'un canal dans la direction de la mer ou de toute autre façon. Elle ne pourra, pour la culture, répandre sur le sol qu'un maximum de 40,000 mètres cubes d'eau par hectare et par an. Le tout sous la surveillance de ses agents, sans former de mare stagnante, ni opérer de déversement d'eaux d'égout non épurées en Seine, dans la traversée du département de Seine-et-Oise, sauf les cas de force majeure.

L'exécution de ces prescriptions et la limite de saturation des terres seront contrôlées par une commission permanente de quatre experts nommés, l'un par le Ministre de l'Agriculture, un autre par le Conseil général de la Seine, un troisième par le Conseil général de Seine-et-Oise, et le quatrième par le Ministre des Finances. Ces experts adresseront, aux Ministres de l'Agriculture et des Finances, un rapport annuel qui sera publié.

M. le Dr Vallin, membre de l'Académie de médecine et secrétaire du *Comité consultatif d'hygiène publique* de France, termine le remarquable article, qu'il vient de publier dans la *Revue d'hygiène* (20 février), sur la discussion à la Chambre des députés, par l'appréciation suivante :

« On voit que toutes les mesures ont été prises pour donner les garanties les plus sérieuses aux intérêts en conflit avec ceux de la Ville de Paris. La méfiance la moins contestable éclate dans ce dernier article 4 ; mais la Commission, n'a pas hésité à faire toutes les concessions qu'on lui demandait. Dans cinquante ans, nos petits-fils et nos arrière-neveux ne verront pas sans étonnement, même s'ils vont passer les mois d'été en villégiature à Saint-Germain et à Maisons-Laffitte, la peine que les législateurs de 1888 ont eu à accroître encore la fertilité et la richesse de cette boucle de la Seine, qui est déjà l'une des régions les plus pittoresques et les plus admirables de la France. Nous espérons que le vote confirmatif du Sénat ne se fera pas attendre; le projet sera défendu par M. de Freycinet, l'on ne saurait désirer un juge plus compétent, un avocat plus persuasif, plus habile, ni mieux écouté (1). Il ne faudra pas moins de deux campagnes pour terminer les travaux et pour faire cesser cette horrible infection de la Seine, qui est un scandale pour l'hygiène et pour la civilisation, et qu'aucun autre moyen n'était capable de faire cesser. »

Le projet de loi voté par la Chambre a été transmis au Sénat qui a nommé une Commission composée de MM. Combes, Cornil, de Freycinet, Krantz, G. Martin, Maze, Naquet, Léon Say et de Verninac.

MM. de Freycinet, Krantz, G. Martin et de Verninac acceptent le projet tel qu'il a été voté par la Chambre. M. Cornil l'accepte, mais avec réserves. Cette Commission s'est déjà réunie plusieurs fois. Dans une de ses dernières réunions elle a décidé de demander l'avis du *Comité consultatif d'hygiène publique de France*, du *Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine* et du *Comité des arts et manufactures* sur les questions ci-après :

(1) Sans compter M. Krantz, l'un des auteurs du projet (1875) et son défendeur convaincu à la Chambre, M. Loubet.

1° L'épandage des eaux d'égout tel qu'il est pratiqué à Gennevilliers et tel qu'il résulterait de l'adoption par le Sénat, du projet de loi voté par la Chambre sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et sur l'assainissement de la Seine, offre-t-il des dangers au point de vue de la salubrité publique ?

2° Existe-t-il, relativement, à la préservation des eaux de la Seine, un système connu, meilleur au point de vue de la salubrité publique ?

3° Le système du *tout à l'égout* pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal, le 28 février 1887, présente-t-il des inconvénients pour la santé publique ?

4° Y a-t-il un système de vidange connu qui offre moins d'inconvénient pour la salubrité publique.

Le *Conseil d'hygiène publique et de salubrité* s'est réuni en séance extraordinaire le vendredi 9 mars. Après une discussion très intéressante, il s'est prononcé, par 24 voix contre 7, en faveur de la première question, c'est-à-dire en faveur du projet soumis au Sénat. Il se réunira le 16 mars pour examiner les trois autres questions qui n'offrent en réalité, dans l'espèce, qu'un intérêt secondaire, car personne, que nous sachions, n'a encore trouvé un meilleur moyen d'assainir la Seine que l'épuration par le sol des eaux d'égout et aussi parce que la pratique du *tout à l'égout* est reconnue sans inconvénient pour la santé publique par la très grande majorité des hygiénistes, en tête desquels on peut citer les professeurs d'hygiène des six Facultés de médecine de France (1). Ajoutons que les obligations imposées à l'Administration par le Conseil municipal, sur l'avis de la *Commission d'assainissement*, font que le tout à l'égout est ou sera pratiqué à Paris dans des conditions qui offrent peut être plus que partout ailleurs les garanties les plus sérieuses au point de vue de la salubrité publique. Voici en quoi elles consistent :

Art. 20. — L'écoulement total des matières excrémentielles à l'égout peut être autorisé dans les égouts largement et constamment alimentés en eau courante, ne laissant pas s'accumuler de sables, et dans lesquels les matières seront entraînées sans repos jusqu'au débouché des collecteurs.

Art. 21. — Il peut être autorisé également dans les égouts moins abondamment pourvus d'eau que les précédents, mais ayant la pente et l'eau nécessaires à l'écoulement des matières, à la condition qu'il soit procédé dans ces égouts aux travaux et au mode de curage indiqués dans les articles 23 et suivants.

Art. 22. — Dans les égouts ne satisfaisant pas aux conditions spécifiées aux articles 20 ou 21, ou dans lesquels le reflux des collecteurs peut arrêter l'écoulement, l'émission des matières excrémentitielles pourra se faire dans des tuyaux étanches, placés dans les galeries et prolongés jusqu'à des égouts remplissant les conditions sus énoncées.

L'une des objections adressées au projet actuel est tirée de l'*insuffisance* des terrains d'Achères. Elle n'est pas sérieuse, et ne peut être admise que par les partisans du tout ou rien. Le Conseil municipal peut actuellement consacrer 15 millions à faire cette seconde expérience, et, avec les partisans du projet, il considère Achères comme une seconde étape. Avant de voter de nouveaux millions et de pousser plus loin dans la vallée de la Seine, n'est-il pas sage de voir ce que produira *directement* ou *indirectement* le projet ? Nous ne doutons pas que les renseignements suivants, déjà donnés à la Chambre, mais que nous complétons, n'apportent la conviction dans les esprits non prévenus.

Les égouts de Paris produisent par an 132 millions de mètres cubes. Gennevilliers en utilise annuellement, sur

(1) Le Tout à l'Égout existe dans toutes les grandes villes d'Europe : Londres, Edimbourg, Bruxelles, Berlin, Francfort, Genève, Rome, Pesth, Madrid, Lisbonne, etc ; il existe aussi à Nancy, Saint-Etienne, Grenoble, Alger, Saint-Léonard, etc. ; le tout à l'égout est encore appliqué, mais partiellement, dans un grand nombre d'autres villes : Avignon, Limoges, Moulins, etc. ; c'est la règle dans les principales villes des Etats-Unis.

642 hectares, 26 millions. Dans le courant de cette année, de nouvelles canalisations permettront d'irriguer 400 nouveaux hectares, sur lesquels on utilisera 14 millions de mètres cubes ; soit, en tout, pour 1.000 hectares, 40 millions de mètres cubes. Restent à trouver les terrains nécessaires à l'utilisation agricole de 92 millions de mètres cubes.

Si le projet est adopté par le Sénat, Achères, à raison de 40.000 mètres cubes par hectare et par an utilisera sur ses 800 hectares, 32.000.000 de m. c.

Plusieurs cultivateurs d'Achères demandent dès maintenant (1) les eaux d'égout pour 200 hectares, soit 8 millions de m. c.

Des propositions sont faites au Conseil municipal pour la location des 500 hectares de terrain que la ville possède à Méry-sur-Oise (2), afin d'y faire de l'utilisation agricole, soit 20.000.000 de m. c.

Un groupe d'habitants de Montesson (3), commune de Seine-et-Oise, située entre Gennevilliers et Achères, demande des eaux d'égout pour 80 à 100 hectares, soit en ne prenant que le chiffre le plus bas (80 hectares), 3 millions 200.000 m. c. — Ce qui donne en totalité 63.200.000 m. c.

Si on retranche ces 63.200.000 m. c. des 92.000.000 que Gennevilliers n'utilisera pas, on voit que le projet principal et les projets secondaires réalisés, il ne serait plus rejeté dans le fleuve que 29 millions de mètres cubes d'eau par an, pour lesquels il faudrait trouver 725 hectares, en prenant toujours pour base la dose de 40.000 mètres cubes par hectare et par an (4). Est-ce là un résultat à dédaigner ? Il n'est pas une personne sensée qui ne réponde : Non. En effet, non seulement l'intensité de l'infection du fleuve serait considérablement atténuée, et par conséquent les populations qui se servent de ses eaux pour leur alimentation seraient moins exposées au point de vue de leur santé, mais encore le nombre des communes usant des eaux contaminées serait très diminué, car le cône d'infection, qui se prolonge aujourd'hui presque jusqu'à Vernon, diminuerait rapidement de longueur.

Nous avons la conviction que quand l'utilisation agricole des eaux d'égout fonctionnera sur les fermes et les tirés d'Achères, les cultivateurs des communes placées sur le parcours de la canalisation des eaux d'égout, témoins des résultats obtenus à Gennevilliers et à Achères, s'apercevront qu'ils ont été induits en erreur par ceux-là même qui auraient dû les éclairer, et viendront à leur tour réclamer l'emploi des eaux d'égout. Si cet espoir ne se réalise pas la voie à suivre est tout indiquée : la canalisation sera continuée dans la vallée de la Seine, conformément aux études qui ont été faites par M. Carnot pour la Ville de Paris et qui montrent qu'on trouve, à une distance de Clichy, inférieure à 50 kilomètres, 5.600 hectares de terrains très perméables, de même nature que ceux de Gennevilliers et d'Achères ; de 6.000 à 8.700 hectares jusqu'à 70 kilomètres, etc. (1), sans compter les terrains qui pourront être utilisés dans la vallée de l'Oise par la Compagnie concessionnaire des terrains municipaux de Méry.

Il ressort des renseignements qui précèdent que le projet a été étudié avec le plus grand soin, que toutes les mesures ont été prises (2) pour conduire les eaux d'égout par étapes successives dans la vallée de la Seine et dans la vallée de l'Oise au fur et à mesure des besoins, et il est certain que sa réalisation constituera une œuvre d'assainissement qui fera un réel honneur à notre pays (3).

BOURNEVILLE.

(1) Voir la séance du Conseil municipal de Paris du 27 fév. 1888.

(2) L'ordre du jour actuel du Conseil municipal de Paris porte : Rapport de M. Deligny sur un projet d'adduction des eaux d'égout au domaine municipal de Méry-sur-Oise.

(3) Voir séance du Conseil municipal de Paris, du 27 fév. 1888.

(4) A Gennevilliers, où l'utilisation des eaux d'égout est facultative, les cultivateurs emploient en moyenne 43,000 mètres cubes par hectare et par an. Dans les calculs qui précèdent, nous avons pris pour base 40.000 mètres cubes (2,580 hectares pour 103.000.000 de mètres cubes). Cette dose est loin d'être exagérée, étant donnée la grande perméabilité des terrains. D'après le rapport de M. Frankland, lu au dernier *Congrès international d'hygiene* de Vienne, une acre anglaise qui vaut 4.067 mètres superficiels suffit pour ÉPURER *les eaux d'égout* de 1000 à 2000 habitants. En prenant pour base le chiffre minimum (1000 habitants), on voit qu'il suffisait d'un *hectare* pour ÉPURER les eaux d'égouts de 2,500 habitants, soit pour 2.225.000 habitants de Paris, 900 hectares à peine.

(1) L'ordre du jour actuel du Conseil municipal porte : Rapport de M. Deligny sur une demande d'acquisition éventuelle d'un domaine de 208 hectares, sis près Meulan, en vue de l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris.

(2) L'aqueduc souterrain aura une longueur de 15 kilomètres. Il sera formé de deux conduites en tôle ou en béton. Les terrains seront achetés et les ouvrages d'art préparés pour pouvoir ajouter, s'il y a lieu, une troisième conduite L'usine élévatoire de Clichy est, croyons-nous, dès maintenant, en mesure d'élever toutes les eaux.

(3) Nous reproduirons prochainement les principaux articles du règlement adopté par le Conseil municipal.

Ecole d'Anthropologie. Cours d'anthropogénie et d'embyologie comparée : — M. le Pr Mathias Duval.

Lundi dernier, à 5 heures, dans la salle des cours de l'Ecole d'Anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, M. le Pr DUVAL a fait la première leçon du cours d'anthropogénie qu'il y professe depuis plusieurs années déjà.

Entouré d'un auditoire des plus sympathiques, le brillant professeur a d'abord rappelé en quelques mots quel était le plan du cours dont il est chargé, comment la chaire qu'il occupe depuis la mort de Broca a été récemment dédoublée en deux chaires : l'une, la chaire d'*anthropogénie et d'embryologie comparée*, qu'il a conservée ; l'autre, celle d'*anthropologie zoologique* qui a été confiée à M. le Dr Hervé dont les savantes leçons ont toujours été fort appréciées de tous ceux qu'intéresse l'étude de l'homme et des animaux supérieurs. Il a indiqué de quelle façon il comprenait son rôle de professeur à l'Ecole d'Anthropologie, pourquoi il s'attachait chaque année à traiter les questions anthropologiques à l'ordre du jour, celles que tout homme instruit, ami de la vérité, ne doit pas laisser passer, sans y jeter un coup d'œil. L'année dernière, le professeur Duval a exposé, avec le talent que l'on sait, le difficile mais bien curieux chapitre des *monstruosités doubles* ; dans les leçons qui vont suivre, il a l'intention de s'appesantir sur une découverte récente et pleine d'intérêt : *Le 3e œil des Vertèbrés* ; puis il traitera de la *segmentation vertébrale et des organes segmentaires génito-urinaires.*

La fin de cette première leçon a été consacrée à l'exposé de l'historique se rapportant à cette fameuse découverte dont nous parlions à l'instant. Les lecteurs du *Progrès médical* sont suffisamment au courant de cette question ; aussi nous n'y insistons pas davantage. Ici même, ce sujet a été résumé le plus brièvement possible (4).

On connaît le succès des leçons de M. le Pr Duval, soit à la Faculté de médecine, soit à l'Ecole d'Anthropologie. Aussi plusieurs internes des hôpitaux, nous ont-ils prié d'intervenir auprès de M. Duval pour que un certain nombre de places leur soient spécialement réservées dans la salle des cours, toujours comble. Nous sommes heureux de leur annoncer que le professeur a bien voulu accueillir favorablement leur demande, et, après les vacances de

(4) Voir *Progrès médical*, p. 501 et 517, 1887 (2e partie).

Pâques, plusieurs tables leur seront destinées. Nous ne saurions trop engager les internes, comme les étudiants en médecine, à aller écouter M. Duval, un des représentants les plus autorisés de l'embryologie française. Ils apprendront là à connaître vraiment ce qu'est l'Homme et seront initiés, non pas aux mystères de la création, mais à ces belles théories biologiques modernes que beaucoup ignorent encore.

M. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

1. — *Séance d'ouverture du 12 mars 1888* (lundi soir). — PRÉSIDENCE DE M. VERNEUIL.

Questions diverses.

1.—M. le Pr OLLIER (de Lyon) fait une longue communication sur le *traitement de l'ankylose du poignet par la résection et sur le rétablissement d'une articulation mobile après l'opération.* Voilà une opération que certes les anciens chirurgiens n'auraient pas faite, puisque pour eux l'idéal de la guérison d'une résection faite pour des lésions graves du poignet étaient une bonne ankylose. Aujourd'hui, au contraire, on fait la résection pour guérir l'ankylose; on est donc loin de rechercher, de souhaiter l'ankylose après la résection. Grâce aux méthodes antiseptiques, depuis les essais de Langenbeck, on obtient de bons résultats. Au point de vue anatomique, M. Ollier montre que, d'après une résection du poignet, il se forme un coussinet ostéo-fibreux entre les deux extrémités osseuses réséquées; on a ainsi une nouvelle articulation très mobile. Les mouvements peuvent acquérir une grande précision. La plupart des opérés peuvent fermer le poing, faire des mouvements ayant dans leurs mains des haltères pesant de 12 à 15 kilogrammes. Les mouvements d'abduction du pouce sont aussi conservés. En somme, les opérés retrouvent environ les 2/3 des mouvements normaux.

Le procédé opératoire perfectionné par Lister et par Ollier est aujourd'hui bien connu. Autrefois, on croyait absolument nécessaire de sacrifier les tendons extenseurs de la main quand on faisait une résection du poignet; il est pourtant facile de les conserver, et c'est ce qu'on fait aujourd'hui grâce à des incisions bien combinées. Quand il s'agit d'un poignet très déformé, l'opération est un peu plus complexe, plus délicate; il faut une certaine prudence pour ne pas léser les organes importants. La difficulté opératoire est plus grande quand il s'agit d'ankyloses chez des rhumatisants, parce que les gaines des tendons extenseurs sont malades. Grâce à l'antisepsie, la résection est apyrétique: on n'a pas d'accidents si l'on ne fait pas de fautes.

2.—Mrs DEMONS et MOURE (de Bordeaux) communiquent deux cas d'*extirpation du larynx.* Cette opération a le triste privilège d'avoir tous les défauts; elle est grave, parce que la mortalité est énorme, parce que après la guérison il subsiste une mutilation très difficile à pallier. Dire qu'elle est d'importation étrangère, ce n'est pas là un défaut ou une qualité; voyons donc ce qu'elle vaut. Tant qu'on n'aura pas renoncé à enlever un cancer quelconque (sein, langue), on devra se demander si on ne doit pas opérer un larynx devenu cancéreux. Dans certaines conditions, l'extirpation d'un cancer du larynx est permise à leur avis.

1er *cas:* Epithélioma de la base de la langue et de la partie supérieure du larynx; syphilis. Trachéotomie dans un moment de suffocation. Extirpation du larynx. Le malade a vécu neuf mois sans présenter de récidive; mais bientôt récidive à la base de la langue.— 2e *cas:* Homme de 57 ans, syphilitique, atteint d'un polype de la corde vocale gauche. Un an après une première opération, début d'un épithélioma sur la corde vocale inférieure droite. Bientôt envahissement de la corde vocale supérieure du même côté. Trachéotomie. La cavité laryngienne seule est prise; pas de ganglions. Section médiane du cartilage thyroïde; on voit alors que les lésions ont envahi un peu la moitié gauche de l'organe. Le cartilage thyroïde est enlevé. En somme, extirpation partielle. La canule de Trendelenburg a parfaitement fonctionné. D'ailleurs, on a eu soin d'obturer la partie supérieure de la trachée, au-dessus de la canule, avec des tampons de gaze iodoformée, et le sang n'a pas pu tomber dans la trachée. Aucune menace d'asphyxie; cependant l'opération a duré 1 h. 1/4. Suites opératoires bonnes. Pas de larynx artificiel. La guérison se maintient depuis dix mois. Il s'agissait d'un épithélioma lobulé type. Les auteurs concluent de leurs recherches que s'il faut rejeter l'extirpation d'un cancer à marche rapide et ne faire qu'un traitement palliatif, il est permis d'espérer des résultats convenables dans les cas d'épithéliomas limités à la cavité du larynx, surtout si les ganglions ne sont pas pris. C'est donc une question d'indications opératoires à poser.

M. DUPONT (de Lausanne) a fait une fois l'extirpation totale du larynx. Il signale un inconvénient de la canule de Trendelenburg: elle sort de la plaie trachéale avec facilité pendant un accès de toux. Pour ne pas avoir à se servir de cette canule, ce chirurgien préfère suturer d'abord la trachée à la peau de la partie inférieure de l'incision cutanée, après l'avoir renversée en avant.

M. MOLLIÈRE (de Lyon) a aussi fait une fois l'extirpation partielle du larynx pour un épithélioma de la région aryténoïdienne. La canule de Trendelenburg oblitéra très bien et tout le temps la trachée; d'ailleurs cette canule est très facilement tolérée, car elle est élastique, n'ulcère pas, ne chatouille pas la muqueuse trachéale. Anesthésie facile par la canule. Ablation d'une partie du larynx. Guérison. La voix persista, mais éraillée; le malade parlait avec la corde vocale qui lui restait et une autre corde de nouvelle formation, fibreuse, cicatricielle. M. Mollière a été surpris de la facilité de cette opération, de la facilité de la luxation du larynx en avant et de son examen à la lampe électrique. Pour les cancers limités, il croit qu'on ne doit pas hésiter à enlever le larynx.

2. — *Séance du 13 mars 1888.* (Mardi matin). PRESIDENCE DE M. VERNEUIL.

La séance est ouverte à 9 h. 3/4. Sur la proposition de M. Verneuil, sont nommés *Présidents honoraires* du Congrès MM. Duplay, Guyon, Lefort, Demons, Panas, M. Perrin, Lannelongue, Rochard, Socin, de Saboïa, Thiriar.

La question à l'ordre du jour est intitulée: DE LA CONDUITE A SUIVRE DANS LES BLESSURES PAR COUP DE FEU DES CAVITÉS VISCÉRALES. (*Exploration, Extraction, Opérations diverses*).

M. CHAUVEL, prof. au Val-de-Grâce, déclare que, grâce aux progrès modernes de l'antisepsie, il y a lieu en matière de *chirurgie de guerre* de modifier les procédés adoptés jusqu'ici. Il divise à cet égard la question des *petits projectiles* atteignant les cavités viscérales en corps étrangers apportant l'infection du dehors. (C'est ce qui se passe pour la cavité crânienne et les organes thoraciques), et corps étrangers, qui, ouvrant les réservoirs intérieurs, répandent dans l'économie l'infection par le dedans (rein, vésicule biliaire, estomac, intestin). C'est principalement dans les lésions abdominales que, la mort n'étant pas immédiate, la chirurgie à intervenir. Or, l'antisepsie préventive étant dans l'espèce impossible, il faut essayer d'aller désinfecter dans la profondeur même de la cavité abdominale. L'orateur bornera son étude aux coups de feu par petits projectiles pénétrant l'abdomen. Il fait remarquer que depuis sept ans, en Amérique, on fait pour ces cas la laparotomie, suivie de nettoyage à fond des organes lésés et la section intestinale, et que l'on s'en trouve bien. Le principe peut se résumer ainsi: « Toute plaie pénétrante de l'abdomen, par petits projectiles, avec lésion intestinale, vasculaire, viscérale probable, exige l'élargissement de la plaie, l'exploration des viscères, leur nettoyage et celui de la cavité; enfin, s'il y a grave lésion constatée, la laparotomie immédiate. En effet, ces plaies pénétrantes offrent une proportion très grande de mortalité, si l'on n'intervient pas, surtout quand il y a lésion de l'estomac et de l'intestin. L'ensemble général des faits apprend que sur 5003 cas il y a eu 80 0/0 de décès. Sans doute, toutes les statistiques groupées dans ces chiffres comportent des variétés différentes, à tous les points de vue, et à cet égard on pourrait les retourner contre les partisans de l'opération immédiate; mais les abstentionnistes ne sont pas davantage autorisés à les invoquer en faveur de la bénignité de leur manière de voir, d'autant qu'ils ne publient guère que les succès. D'après les expériences connues de M. Reclus, la guérison spontanée serait fréquente, mais il faut

remarquer que, ses chiens étant purgés d'avance, cette pratique élimine d'autant nombre de corps étrangers venant de l'intestin. En résumé, les blessures en question sont infiniment graves, surtout en guerre, où il s'agit de projectiles tout autres que de simples balles de revolvers, de projectiles animés d'une vitesse considérable. Cette dernière particularité fait que la balle décrit un trajet direct, à partir de son point d'entrée jusqu'à l'endroit de sortie, de sorte que si l'on étudie bien les conditions dans lesquelles le soldat a été blessé, on sait à peu près sûrement quels sont les organes intra-abdominaux, qui doivent se trouver lésés, selon la ligne droite suivie par le projectile. Cette remarque n'est pas sans importance, parce qu'on ne constate que très rarement les deux symptômes pathognomoniques : hernie de l'intestin, issue do matières caractéristiques... Or, si vous attendez que la péritonite apparaisse, vous pouvez dire que vous attendez la mort. Si vous attendez, vous risquez aussi que le blessé meurre d'hémorrhagie interne et non pas d'une hémorrhagie d'un gros tronc vasculaire fatalement mortelle, mais bien de la perte de sang continue d'une petite artère et même d'une petite veine qui fournira matière à ces énormes épanchements sanguins trouvés à l'autopsie. Ce sont là, avec la septicémie, les accidents vrais, et dans une certaine mesure curables, de la pénétration d'un projectile et de la lésion des organes abdominaux. Le shock n'est pas aussi fréquent qu'on le croit. Il convient donc de se rendre compte immédiatement des désordes, de leur appliquer sur le champ les effets d'une intervention directe et de la prophylaxie antiseptique. La science contient depuis 1880 quarante et un faits de laparatomie par coups de feu ; 12 guérisons ont été obtenues, et dans l'espèce, les chances de guérison ont été d'autant plus certaines qu'on s'est rapproché davantage du moment de la blessure, autrement dit, qu'on est intervenu plus tôt; au bout de 24 heures la mort est toujours survenue. Naturellement, on associera aux bienfaits de la chirurgie l'immobilisation, les injections de morphine, l'opium, la diète, afin de favoriser les précieuses adhérences cicatrisantes.

M. Delorme, prof. au Val-de-Grâce. — La laparatomie convient aux grandes villes, parce que les conditions sont bonnes. Le blessé recueilli sur le champ est transporté dans un milieu convenable et soigné avec tout le matériel, tout le luxe même du confort médico-chirurgical. Mais aller à la recherche d'un intestin blessé en campagne c'est impossible, et sur le champ de bataille et dans les ambulances. Or, quarante-huit heures après la lutte, il est trop tard pour agir. On ne sera donc autorisé à intervenir sur le champ de bataille que si l'on peut effectuer un rapide transport dans une ambulance bien aménagée. Naturellement, il ne saurait être question ici des blessures d'obus qui produisent un shock manifeste et déterminent de grands dégâts; quant aux balles, il faut savoir distinguer celles qui ont traversé l'abdomen d'avant en arrière et celles qui ont affecté une direction transversale; dans ces derniers cas, les perforations étant multiples et les dégâts graves, il n y a pas lieu d'intervenir non plus. En résumé, « les soldats qui présentent des plaies pénétrantes de l'intestin par armes de guerre ne sont que très exceptionnellement en campagne dans des conditions qui permettent de pratiquer la laparatomie. Si les conditions en question étaient propices, il y aurait avantage à intervenir. La principale contre-indication à l'intervention sera tirée du volume du projectile, de sa direction, de sa très grande vitesse quand ils militent en faveur de grands dégâts internes. »

M. le Pr Poncet, directeur du Val-de-Grâce, fait une communication relative *aux contusions de l'abdomen avec lésions de l'intestin, par les projectiles de guerre.* L'auteur montre d'abord les modifications survenues dans les contusions de l'abdomen par les variations des projectiles de guerre. Sous le premier Empire, Larrey a bien décrit les effets des boulets ronds frôlant pour ainsi dire tout le corps, et produisant dans l'abdomen des épanchements sanguins que Petit, le fils, avait déjà étudiés.

A partir de 1855, les projectiles à éclats sont employés largement; alors la scène change, il ne s'agit plus des épanchements intra-abdominaux, mais dos contusions sans ecchymoses des parois et cependant avec lésion de l'intestin. M. Poncet cite quelques observations de son service au siège de Strasbourg, dans lesquelles la lésion de l'intestin par la contusion de gros éclats d'obus n'a pas été de suite perforante. La contusion n'a été suivie d'une escharre qu'au cinquième jour et les malades ont survécu de dix à douze jours à la lésion. Etudiant les projectiles modernes, M. Poncet présente des photographies qui montrent les différents éclats des obus nouveaux sous une demi-charge de mélinite. Chaque obus donne une moyenne de 500 à 600 éclats de toute grosseur, et une poussière de petits projectiles pesant à peine 50 gr., criblant, tatouant les personnes voisines du point d'explosion. Ces fragments de fonte ne sont plus régulièrement découpés en parallélipipèdes comme les anciens éclats, dont la division était favorisée par les amincissements préparés des parois. Ils sont au contraire hérissés d'aspérités irrégulières, rivées dans la cristallisation de la fonte. Un culot d'obus saisi contre une résistance invincible et l'explosion du gaz de la mélinite, a été dissocié en pans prismatiques mesurant à peine 2 millimètres de largeur, dans toute l'épaisseur de la paroi et sur toute la surface. Jamais la poudre ordinaire ne produisait de pareils effets.

Et ces projectiles de fonte vont être remplacés par des obus d'acier, permettant une charge beaucoup plus forte de mélinite. Ces obus présentent des éclats longs, dans le sens du grand diamètre du projectile, et tous sont déchirés sur les grands côtés, sous un angle de 45°, chaque éclat est un couteau à deux tranchants lancé à une vitesse de 500 mètres sur le corps humain. La vitesse des éclats est telle qu'on les retrouve à 300 mètres en arrière du point d'explosion, et à 900 mètres en avant. Ils sont brûlants à ne pas pouvoir être tenus à la main au moment de l'explosion. Il est certain qu'au point d'éclatement tout sera détruit: hommes et chevaux seront criblés, anéantis dans un rayon de 50 mètres. En présence de ces faits, M. le Pr Poncet recherche quelle sera la conséquence des nouveaux projectiles pour le point qu'il étudie, les contusions de l'abdomen sans lésions extérieures, mais avec lésions de l'intestin. Les balles nouvelles de 7 millimètres sur 20, pesant 25 gr., perforeront aisément l'abdomen, mais à la fin de leur course elles ne produiront pas de contusions graves comme les anciennes balles Minier, beaucoup plus lourdes. Quant aux éclats des projectiles, il ne faut pas oublier que le danger des anciens éclats n'est pas éloigné. Il persiste avec les Schrapnels et les projectiles sans mélinite. Les nouveaux obus donneront des éclats plus nombreux, plus petits, plus pénétrants; les contusions de l'abdomen seront peut être moins nombreuses que les plaies; mais nous les retrouverons comme en 1870. Tenant compte des projectiles anciens et nouveaux, M. Poncet pense que dans les contusions de l'abdomen avec météorisme, signe sur lequel Jobert a si judicieusement insisté, la laparotomie doit être faite de suite. L'intestin est ouvert peut-être sur plusieurs points; il y a lieu d'intervenir de suite et de pratiquer la résection et la suture de l'intestin. L'abstention, c'est la mort. Si la contusion de l'abdomen ne s'accompagne pas do signes immédiats de perforation, si la lésion se localise comme quelques observations recueillies au siège de Strasbourg le démontrent, la laparotomie n'est pas indiquée; il faut débarrasser de suite le tube intestinal, donner l'opium à haute dose, attendre l'abcès stercoral du cinquième jour et procéder à des opérations ultérieures. La laparotomie immédiate, dans ce dernier cas, ne trouverait que des lésions mal limitées, sans perforation et serait inutile.

M. Reclus. — Se déclare partisan de l'abstention armée. Il n'est en effet pas certain que toute perforation intestinale, et il ne saurait être question ici que de signes certains, issue de l'organe, issue de matières par la plaie, etc., s'accompagne forcément de mort. Il peut même y avoir guérison. Ces guérisons, dans lesquelles naturellement entre en ligne de compte le genre du projectile, vous savez comment elles s'effectuent : un repli de l'intestin s'en ira boucher le trou traumatique, ou, ce qui forme l'immense majorité des cas, il y aura agglutination de la paroi intestinale blessée à une autre et adhérence; enfin il est possible que la contraction même de la tunique intestinale oblitère la perte de substance. En conséquence, étant donné un blessé de cette nature, exercez une compression ferme et régulière du ventre (afin d'empêcher des épanchements de tous ordres), donnez de l'opium à haute dose;

diète; ne permettez que du lait glacé. Si vous ne réussissez pas ainsi, alors seulement laparotomisez. Car au fond c'est une opération grave que la laparotomie; cette recherche en plein abdomen est loin d'être innocente, et les conséquences lointaines, mais graves aussi, en sont fréquemment, après la guérison, si on l'obtient, le rétrécissement de l'intestin. Laissez plutôt agir la nature.

M. U. Trélat. — L'étude des plaies de l'abdomen avec pénétration de petits projectiles, faite au point de vue civil, dans la vie ordinaire, l'a frappé d'un tort commun. On est intervenu trop tard et l'autopsie a démontré que si l'on était intervenu plus tôt on aurait pu se ménager des chances de succès. Mais ces faits sont rares et dans la pratique des villes on a rarement l'occasion, pour toute espèce de raisons, de suivre les blessés de ce genre dans de bonnes conditions d'observation et de se rendre compte à l'autopsie de ce qui était advenu. Faut-il intervenir et tuer son blessé? Faut-il le laisser simplement mourir? Voilà la question. Or il n'y a pas, ni de par les observations, ni par les statistiques, ni par les expériences, de raisons qui militent plus en faveur de la première que de la seconde manière d'agir. Le pronostic normal varie ici selon l'ordre des organes intra-abdominaux ouverts, ou plutôt selon la façon dont l'intestin est ouvert,..... nous dit-on; la nature ira oblitérer cette muqueuse que nous voyons chez le blessé si éversée,... nous dit-on encore. Voici comment M. Trélat formule sa pratique. « Lorsqu'un individu a reçu une balle de petit calibre, il est inacceptable d'attendre que la péritonite se déclare, car c'est une péritonite septique, c'est la mort. Il est également excessif de s'abstenir, car alors on risquerait de ne pas enlever à la mort les quelques blessés qui pourraient bénéficier de la laparotomie. Mais n'attendez pas trop pour intervenir que se dessinent les premiers vestiges d'un accident faisant soupçonner la gravité : l'issue des matières, le météorisme immédiat, un collapsus croissant, voilà des signes qu'il convient de ne pas laisser exister trop longtemps, ou encore l'hémorrhagie d'une petite mésentérique; intervenez sur le champ. Si vous soupçonnez une lésion de l'intestin grêle, ne dépassez pas non plus les premiers dessins de la péritonite; si votre opération n'est pas suivie de succès, tant pis, vous n'aurez pas de regrets ».

M. Labbé. — Depuis l'an dernier, depuis la dernière discussion de la Société de chirurgie, il a eu l'occasion d'observer un cas intéressant. Au mois de février 1887, un homme de 29 ans, alcoolique et morphinomane, en tentant de se loger une balle dans le cœur, se traversa le ventre de haut en bas. Deux heures après, asphygmie, lipothymies successives On le transporta à brancards jusqu'à Paris en faisant un trajet de quatre kilomètres. Malgré toutes les pratiques usitées en pareil cas, on ne put dans ces conditions le réchauffer suffisamment (sa température était de 36°,1) pour qu'il fût possible de l'opérer le jour même. On ne put réussir à l'empêcher d'aller à la garde-robe; il eut en outre un vomissement verdâtre, des douleurs abdominales très violentes, du ballonnement. Le lendemain matin, à la première heure, c'est-à-dire 12 heures environ après la blessure, on pratiqua la laparotomie et l'on nettoya son abdomen. Voici ce que l'on trouva : quinze cents grammes de sang s'étaient épanchés dans le ventre et le petit bassin. Quatre doubles plaies transperçaient le milieu de l'iléon d'un côté à l'autre; un peu au-dessus, dix perforations causées par une balle de 10 millim. de diamètre, avec différence de calibre entre la sortie et l'entrée du projectile; une plaie du mésentère. Une artère mésentérique actuellement bouchée par un coagulum avait été ouverte, le péritoine était rempli de matières fécales, et déjà l'on constatait les premiers éléments de la péritonite. Le malade mourut la nuit suivante, ce qui donne à peu près une survivance de vingt heures. L'avis de M. Labbé, c'est qu'il faut intervenir rapidement; que la laparotomie n'est pas une opération aussi grave qu'on le dit, et que, ainsi que le montre cette observation, en allant voir de près les lésions, on peut parer à des accidents immédiats, surtout à notre époque où l'antisepsie permet une parfaite prophylaxie.

M. Vaslin (d'Angers) lit une série d'observations tirées de sa pratique relatives aux lésions crâniennes et abdominales, en mettant en relief le traitement et les indications.

M. Nimier (du Val-de-Grâce) communique un travail intéressant et étendu sur les plaies pénétrantes de poitrine par armes à feu.

La séance est close à midi.

3. — *Séance du 13 mars 1888* (mardi soir). — Présidence de M. Socin (de Bâle).

M. Socin (de Bâle) remercie, au nom de la Suisse, le président du Congrès de l'honneur qu'il lui fait en l'invitant à présider la séance.

a). — *Discussion sur la conduite à tenir dans les blessures par coups de feu des cavités viscérales* (Suite).

M. Verchère (de Paris) fait une communication sur une forme de *septicémie intestino-péritonéale*, consécutive aux plaies de l'intestin. Les accidents qui, lors d'une plaie de l'abdomen par armes à feu amènent la mort, sont l'hémorrhagie et la péritonite septique. Mais il existe une autre façon de mourir dans ces cas; il y a en effet une autre complication, intermédiaire entre cette péritonite septique et le peritonisme qui est mortel. Il l'appelle la *péritonite asthénique*; elle est caractérisée par les symptômes suivants : faciès abdominal type, ballonnement du ventre, paroi abdominale absolument indolente (on peut la malaxer), pouls imperceptible, atteignant vite 120, 150 pulsations, température normale. Ce tableau clinique reste le même pendant huit à dix jours. Dans ces cas, à l'autopsie, on ne trouve pas d'épanchement de matières stercorales dans le péritoine, malgré les perforations de l'intestin; pas de pus (donc pas de péritonite), mais quelquefois un peu de liquide séro-purulent. Les symptômes de cette péritonite asthénique (péritonite latente de Jobert, Travers) étant à peu près les mêmes que ceux de l'étranglement interne, M. Verchère en conclut que la maladie est la conséquence d'un empoisonnement analogue; qu'elle est due à la sortie des gaz hors de l'intestin dont les perforations ne laissent pas échapper de matières liquides ou solides. Il croit qu'il faut intervenir d'une façon très précoce dans ces cas par une laparotomie exploratrice. De plus, au lieu d'essayer de paralyser l'intestin, il faudra tout faire pour le réveiller, comme dans les cas de pseudo-étranglements. En réalité, dans ce cas, étant donnée la paralysie intestinale concomitante, on a affaire à un pseudo-étranglement traumatique. Donc on fera le lavage de l'estomac, l'électrisation intestinale et l'antisepsie du tube digestif, comme l'a indiqué M. Bouchard.

M. Castex (de Paris) vient apporter 4 observations à l'appui de la thèse de la non intervention après les *blessures par coups de feu à la tête* (balles de révolver). 1er *cas :* Plaies de la tête avec lésions des nerfs optiques, issue de matière cérébrale; pas d'exploration, diminution des accidents; puis, trismus, exploration avec l'appareil Trouvé. Constatation au fond de la plaie d'une masse qui n'est pas la balle, mais un fragment d'os. On laisse les choses en place; Guérison. — 2e *cas :* balle ayant pénétré dans le crâne par la tempe droite; lésions oculaires. Guérison. — 3e *cas* : fait analogue au 1er. — 4e *cas:* coup de révolver dans le vertex : hémiplégie; guérison. — Il faut donc s'abstenir de toute intervention dans les coups de feu à la tête, abandonner le projectile dans les profondeurs du crâne, après avoir désinfecté la plaie. Plus tard, on interviendra si une indication spéciale est manifeste.

M. Chavasse (de Paris). — Quand il s'agit sur le champ de bataille de traiter une plaie de l'abdomen, il faut être plus réservé qu'à l'hôpital; il repousse donc toute intervention dans les ambulances pour des cas semblables. On a plus de chances de survie quand c'est le gros intestin qui est lésé. S'il y a blessure du foie, il est inutile de chercher à arrêter l'hémorrhagie qui en est la conséquence. La suture du foie ne lui paraît pas recommandable pour ces lésions. Ses expériences sur le cadavre lui ont montré que les balles, quelles qu'elles soient, tirées dans l'abdomen, causaient des désordres énormes, et que l'épanchement stercoral en était une conséquence forcée et immédiate.

b. — Questions diverses.

1. — M. Panas fait une intéressante communication sur les *hématomes spontanés de l'orbite*. Il en a observé un cas, ce qui fait qu'on en connaît quatre aujourd'hui. C'est donc une mala-

Tableau déterminant la circonscription de chacune des six régions où aura lieu un concours (1) :

FACULTÉS	ECOLES préparatoires	DÉPARTEMENTS	ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS
Paris . . .		Seine.	Sainte-Anne. Vaucluse. Ville-Evrard. Villejnif.
	Caen	Calvados	
		Manche.	
		Orne.	Alençon.
		Eure-et-Loir.	Bonneval.
	Rouen. . . .	Seine Inférieure	Saint-Yon. Quatre-Mares.
		Eure.	Evreux.
		Seine-et-Oise.	
	Rennes . . .	Ille-et Vilaine.	Saint-Méen.
		Côtes-du-Nord.	
		Finistère.	Quimper.
		Morbihan.	Lesvellec.
	Nantes . . .	Loire-Inférieure.	
		Vendée.	La Roche-sur-Yon.
		Deux Sèvres	
		Charente.	Brenty.
		Charente-Inférieure.	Lafond.
	Angers . . .	Maine-et-Loire.	Sainte-Gemmes.
		Mayenne.	La Roche-Gandon.
		Sarthe.	Le Mans.
	Poitiers . .	Vienne.	
		Indre.	
		Creuse.	
	Limoges. . .	Haute-Vienne.	Naugeat.
		Corrèze.	
		Dordogne.	
	Tours	Indre-et-Loir.	
		Loir-et-Cher.	Blois.
		Loiret.	
		Cher.	Bourges.
ille. . . .		Nord.	Armentières. Bailleul
	Arras	Pas-de-Calais.	Saint-Venant.
	Amiens . . .	Somme.	
		Aisne.	Prémontré.
		Oise.	Clermont.
Nancy. . .		Meurthe-et-Moselle.	Maréville.
	Besançon . .	Doubs.	
		Jura.	Dôle.
		Haute-Saône.	
		Territoire de Belfort.	
		Vosges.	
	Reims. . . .	Marne.	Châlons.
		Seine-et-Marne.	
		Ardennes.	
		Aube.	
		Meuse.	Fains.
Lyon . . .		Rhône.	Bron.
	Dijon	Côte-d'Or.	Dijon.
		Haute-Marne.	Saint-Dizier.
		Nièvre.	La Charité.
		Yonne.	Auxerre.
		Saône-et-Loire.	
	Grenoble . .	Isère.	Saint-Robert.
		Hautes-Alpes.	
		Ardèche.	
		Drôme.	
		Savoie.	Basens.
		Haute-Savoie.	
		Ain.	
ordeaux .		Gironde.	Bordeaux. Cadillac.
	Clermont . .	Puy-de-Dôme.	
		Cantal.	
		Haute-Loire.	
		Allier.	Sainte-Catherine.
		Loire.	
		Lozère.	Saint Alban.
		Aveyron.	Rodez.
	Toulouse. . .	Haute Garonne	Braqueville.
		Ariège.	Saint-Lizier.
		Gers.	Auch.
		Lot.	
		Tarn.	
		Tarn-et-Garonne.	
		Hautes-Pyrénées.	
		Basses-Pyrénées.	Saint-Luc.
		Landes.	
		Lot-et-Garonne.	
Montpellier.		Hérault.	
	Alger	Alger.	
	Marseille . .	Bouches-du-Rhône.	Aix. Marseille.
		Corse.	
		Basses-Alpes.	
		Alpes-Maritimes.	
		Var.	Pierrefeu.
		Vaucluse.	Montdevergues.
		Gard.	
		Aude.	
		Pyrénées-Orientales.	

(1) Pour la répartition des départements entre chaque région, on s'est guidé sur les dispositions de l'arrêté du Ministre de l'Instruction publique en date du 22 juillet 1878, qui a déterminé les circonscriptions des facultés de médecine des écoles de plein exercice et des écoles préparatoires d médecine et de pharmacie.

Les infirmières dans les hôpitaux de Glascow.

Le *Glascow medical journal* vient de publier récemment l'histoire succincte des nombreux hôpitaux et asiles que possède Glascow. Parmi les détails sur le fonctionnement de ces différents établissements, on remarque que partout ce sont des infirmières laïques que l'on emploie. Ces infirmières, dont la situation matérielle paraît le plus souvent supérieure à celle de nos infirmières en France, sont prises, grâce à cela probablement, dans un milieu plus instruit et mieux élevé en général. Toutes suivent des cours avant d'obtenir le diplôme d'infirmière, et ces cours, qui sont au minimum d'un an, en durent deux et trois dans la majorité des cas; pendant ces années d'études, elles sont du reste employées comme infirmières dans les hôpitaux. Les examens probatoires qu'elles subissent portent sur un nombre de matières beaucoup plus considérable que chez nous, où certains trouvent cependant que c'est exagéré, comme s'il y avait à craindre qu'elles en sussent jamais trop. Ainsi, il n'y a plus guère qu'en France où beaucoup de gens, et même de médecins, se figurent encore qu'il n'y a que les religieuses pour bien soigner les malades. Nous n'avons qu'à regarder chez tous nos voisins pour voir que ce préjugé a complètement disparu et qu'on a enfin compris que pour avoir des infirmières instruites et capables d'exécuter intelligemment les ordres du médecin, c'était aux laïques qu'il fallait s'adresser. P. S.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 9 sept. 1888 au samedi 15 sept. 1888, les naissances ont été au nombre de 1120, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 422 ; illégitimes, 137. Total, 559. — *Sexe féminin :* légitimes, 403 ; illégitimes, 158. Total, 561.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 9 sept. 1888 au samedi 15 sept. 1888, les décès ont été au nombre de 855, savoir : 435 hommes et 420 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 7. T.16. — Variole : M. 1, F. 0, T. 1. — Rougeole : M. 4, F. 9. T 13. — Scarlatine : M. 1, F. 0, T. 1. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 9, F. 9, T. 18. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 102, F. 67. T. 169. — Autres tuberculoses : M. 14, F. 14. T. 28. —Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 35. T. 49. — Méningite simple : M. 11, F. 12, T. 23. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 16, F. 20. T. 36. — Paralysie : M. 3, F. 3. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 3. T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 18, F. 24. T. 42. — Bronchite aiguë : M. 7, F. 7 T. 14. — Bronchite chronique : M 13, F. 12. T. 25. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F.8. T. 16. — Pneumonie : M. 9. F. 7. T. 16. — Gastro-entérite, biberon : M. 45, F. 42. T. 87. — Gastro-entérite, sein : M. 17, F. 23. T. 40 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 4. T. 6.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 1, T. 1. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 8, F. 11, T. 19. — Sénilité : M. 4, F. 22. T. 26. — Suicides : M. 10, F. 5, T. 15.— Autres morts violentes : M. 9. F. 4. T. 13. — Autres causes de mort : M. 88, F. 55. T. 143. — Causes restées inconnues : M. 8, F. 5, T. 13.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 75, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 33, illégitimes, 13. Total : 45. — *Sexe féminin :* légitimes, 21; illégitimes, 9. Total : 30.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES : — FACULTÉ DE MÉDECINE DE VIENNE. — Le Dr E. ZUCKERKANDL, professeur à Gratz, est nommé professeur ordinaire d'anatomie. Le Dr VON EBNER, professeur à Gratz, est nommé professeur ordinaire d'histologie. Le Dr Th. PUSCHMANN, professeur extraordinaire d'histoire de la médecine à Vienne, est nommé professeur ordinaire. Le Dr J. NEVINNY est nommé privat-docent de pharmacognosie. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE GREIFSWALD. Le Dr BEUMER, privat-docent d'hygiène, est nommé professeur extraordinaire. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE BONN. Le Dr FR. SCHULTZE, professeur à Dorpat, est nommé professeur ordinaire de clinique médicale, en remplacement de M. Rühle, décédé. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE JASSY. — Le Dr BASTAKI a été nommé, après concours, professeur de pathologie et de clinique obstétricale. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE CRACOVIE. Le Dr OBALINSKI, est nommé professeur extraordinaire de chirurgie. — FACULTÉ DE MÉDECINE DE BUDAPEST. Le Dr FODOR, professeur d'hygiène, est nommé doyen pour l'année

même parfois celui du médian; 5° charger, sur un écarteur le reste du paquet vasculo-nerveux et le fixer, hors de toute atteinte dangereuse, contre la paroi antérieure de l'aisselle; 6° poursuivre, s'il y a lieu, le radial dans la gouttière de torsion.

6.—M. VASLIN (d'Angers) lit un travail sur les *indications de l'ablation des tumeurs ganglionaires du cou et de l'aisselle et sur la technique opératoire* à suivre. Il cite un certain nombre d'observations où il enleva un nombre considérable de ganglions (18 pour l'aisselle dans un cas, 38 pour la région carotidienne dans un autre.

7.—M. le Dr BERTHOMIER (de Moulins). *Traitement des fractures du coude chez les enfants et les adolescents par l'immobilisation en extension et supination.* — Lorsque l'on traite par la flexion ou la demi-flexion les fractures du coude chez les enfants, il se produit les deux phénomènes suivants: 1. La flexion se produit dans le foyer de fracture et non pas dans l'articulation. 2. Le fragment inférieur subit un mouvement de translation en avant avec saillie de l'épitrochlée si l'enfant est tombé le bras écarté du corps, saillie de l'épicondyle si la chute a eu lieu le bras rapproché du corps.— De sorte, que l'ankylose ou la raideur articulaire que l'on observe fréquemment dans ce cas tiennent au défaut de réduction ou de coaptation des fragments et non pas à l'arthrite consécutive à une fracture articulaire. — Si l'on met le bras dans l'extension après une traction légère, la coaptation est parfaite, les fragments sont maintenus en arrière par l'olécrane, en avant par le périoste qui est toujours décollé et qui, chez les enfants, présente une épaisseur beaucoup plus grande que chez l'adulte. Statistique des cas traités par cette méthode. Observations nouvelles.

8.—M. le Dr BILHAUT (de Paris) communique plusieurs cas de *scoliose dus à un accroissement inégal des membres inférieurs.* — Dans toute scoliose, surtout au début, il faut rechercher si les membres inférieurs sont d'égale longueur. Dans le cas où l'inégalité des membres inférieurs sera manifestement constatée, on devra attribuer la scoliose à cette cause, si toutefois d'autres causes ne peuvent être invoquées. Le traitement immédiat devra, dans ce cas, consister dans l'emploi de semelles supplémentaires disposées en dedans et en dehors de la chaussure; on rétablira ainsi l'équilibre. Les scoliotiques devraient suivre un traitement destiné à activer l'accroissement du membre inférieur incomplètement développé (exercices spéciaux. Ces malades devraient être soumis au massage, aux exercices gymnastiques, quelquefois à l'électricité, à l'hydrothérapie; ces moyens permettent d'enrayer les déviations de la colonne vertébrale, et de les atténuer dans les limites du possible.

9.—M. DE BACKER (de Roubaix) présente un *stérilisateur portatif* très ingénieux destiné à désinfecter les instruments que nécessite une opération à la ville. On peut aussi, avec cet appareil très léger, désinfecter les objets de pansement. La stérilisation est faite séance tenante; en 12 ou 15 minutes, on obtient une température de 115° à 130°. C'est simplement une étuve à la paraffine alimentée par une lampe à alcool. L'emploi de la paraffine est très commode, car refroidie elle redevient solide et ferme, ce qui permet le transport de l'appareil sans le moindre inconvénient.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE trouve cet appareil très simple et l'a bien compris; mais pour lui, le principe de la stérilisation à outrance des instruments est très contestable. Pour lui, c'est là un procédé de luxe. Il ne faut pas trop compliquer la méthode antiseptique; elle l'est déjà bien assez. Il lui paraît suffisant de désinfecter chimiquement ses instruments, sans recourir à la chaleur. Évidemment le procédé est bon, mais nullement nécessaire. De plus les instruments chauffés à 110° coupent mal.

M. DE BACKER répond que deux précautions valent mieux qu'une.

10.—M. CERNÉ (de Rouen) parle de *l'influence du diabète phosphatique dans la production de lésions chirurgicales analogues à celle du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave.* Il cite les observations suivantes à ce propos: 1er cas: Mal perforant et fistules, gangrène; il y a 5 gr. de phosphates dans les urines au lieu de 2 gr. 50. Ici il s'agit d'un vieillard; on peut donc se demander si la gangrène n'a pas été causée par de l'artério-sclérose. Mais il a vu des accidents analogues chez des enfants. 2e cas: Tumeur blanche, résection du genou, gangrène des 2 lambeaux, (en haut et en bas), phosphates;—3e cas: Ostéomyélite subaiguë de l'extrémiée inférieure du fémur. Gangrène; phosphaturie passagère. — Pas de moyen thérapeutique bien efficace: il a essayé sans grand succès la teinture éthérée de phosphore. Ces complications lui paraissent se présenter surtout lors de lésions osseuses

M. VERNEUIL. — Un homme atteint d'un anthrax de la nuque était glycosurique. Bientôt le sucre disparut des urines et il y eu substitution d'un diabète à l'autre, remplacement du diabète sucré par le diabète phosphatique. Ce malade pisse aujourd'hui 10 gr. de phosphate par jour.

M. CERNÉ n'a pas observé de substitution analogue.

1. — *Séance du 14 mars 1888* (mercredi matin). — PRÉSIDENCE DE M. VERNEUIL.

La séance est ouverte à 9 h. 3/4.

Question à l'ordre du jour:

DE LA VALEUR DE LA CURE RADICALE DES HERNIES AU POINT DE VUE DE LA GUÉRISON DÉFINITIVE.

M. SOCIN (de Bâle). — Depuis les mois de novembre et décembre de l'an dernier, époque à laquelle cette question a été traitée à la Société de chirurgie, l'opération connue sous le nom d'opération radicale de la hernie a été partout pratiquée avec d'heureux résultats. Au fond, il vaudrait mieux l'appeler, à l'exemple de M. Trélat, cure chirurgicale opératoire. Quoi qu'il en soit, M. Socin a actuellement à sa disposition 160 observations personnelles se décomposant en:

Cure radicale pratiquée pour:

75 hernies libres qui se décomposent en . . .	50 h. inguin. chez l'homme.
	15 — la femme.
	10 h. crurales des 2 sexes.

2 morts seulement.

Kélotomie complétée par cure radicale:

85 se décomposent en .	31 h. inguin. chez l'homme.
	20 — la femme.
	34 h. crurales des 2 sexes.

11 morts.

Ce qui fait, somme toute (l'auteur a pu suivre et voir 133 opérés depuis plusieurs années), 62 0/0 de guérisons et 38 0/0 de récidives.

Le traitement radical de la hernie est donc en tous les cas possible. L'auteur ajoute que dans l'étranglement herniaire il fait toujours la ligature du collet et l'ablation du sac, ce qui augmente ses chances de succès. En pratiquant la parfaite antisepsie, principalement de l'intestin avant l'ablation du sac, il obtient sans accident l'oblitération parfaite de la cavité abdominale. Quand la hernie n'est pas étranglée, l'opération de la cure radicale a ses contre-indications. Elle convient chez les sujets jeunes des deux sexes de moins de 20 ans lorsque le bandage est insuffisant. Il est à remarquer, en effet, qu'au dessus de 25 ans, elle résulte presque toujours de la persistance du canal vagino-péritonéal, et que, par suite, l'occlusion est indispensable si l'on veut arriver à débarrasser le patient de sa hernie; or cette occlusion ne peut s'obtenir que par l'opération qui nous occupe et donne un excellent résultat. Sur 160 de ces opérés, trente étaient dans ces cas; la hernie était inguinale; il y a eu 85 0/0 de succès. Quant aux adultes de plus de 25 ans, la proportion a été de 42 guérisons 0/0. L'opération est encore bonne lorsque la hernie franchement acquise doit vraiment être attribuée à l'âge adulte; mais une récidive peut se produire parce que le malade présente des causes permanentes inévitables; ce sont, par exemple: l'élongation des mésentères, l'engraissement de l'épiploon. Au surplus, quand la guérison n'est pas complètement établie, du moins l'opération enlève-t-elle les inconvénients antérieurs et transforme-t-elle une hernie irréductible en hernie réductible, déchargeant le malade d'une pénible infirmité. M. Socin fait observer qu'il n'a eu que deux morts sur 75 opérés pour hernies libres, et ces deux morts doivent être attribuées à des circonstances exceptionnelles. Dans les conditions normales, ce n'est point une

opération grave ; si le résultat est plus ou moins complet, il est toujours appréciable et l'utilité en est incontestable.

M. LÉONTÉ (de Bukarest) présente un nouveau procédé pour la cure de la hernie inguinale, qui consiste, après avoir réduit l'épiploon avec l'intestin, quand il ne présente pas d'altération, à décoller la séreuse abdominale voisine du collet, après l'avoir séparée par une incision circulaire du tissu cellulaire sous jacent. L'auteur la refoule, et détermine son recoquillement en dedans. C'est par elle qu'il oblitère l'orifice supérieur du trajet herniaire. Puis il fait, au catgut une suture au long de toute la surface du sac, dépourvue de séreuse à ce niveau. Ces manœuvres chirurgicales ont été exécutées pendant qu'on tirait sur le sac. Ceci fait, on racle les parois de celui-ci avec une curette de Volkmann, et on complète l'irritation avec une solution phéniquée forte ou une solution de chlorure de zinc. Un séton au fil d'argent ou de soie comprend les parois du sac et le tégument. Sept succès sur sept opérations réunies par première intention ; pas de récidive depuis deux ans et demi.

M. THIRIAR (de Bruxelles) a appliqué la cure radicale depuis 1886. Vingt-six cas. Un seul décès. Il n'intervient que lorsque la hernie est irréductible, incoercible, congénitale ou trop volumineuse. C'est alors une excellente opération, même quand la hernie se reproduit, car elle se laisse à ce moment maintenir par le bandage.

M. MOLLIÈRE (de Lyon). — Les résultats de la cure radicale sont excellents chez les individus dont on supprime, dont on extirpe le sac. L'orateur a pu revoir un très grand nombre de ses opérés dont plusieurs avaient subi l'opération depuis plus de dix ans ; ils finissent même par ne plus porter de bandage. Elle est nécessaire dans la hernie étranglée, indiquée dans les cas de hernies douloureuses simples. Sur deux cent cinquante observations englobant tous les genres de faits, la mortalité n'a pas dépassé 12 %, en y comprenant des cas de gangrène intestinale, et encore sur cinquante-cinq cas de gangrène y a-t-il eu dix-sept succès définitifs et une complète guérison. La seule contre-indication de cette opération dans la hernie étranglée (kélotomie suivie de cure radicale) est la mort. L'extirpation du sac après la kélotomie rend l'opération des plus faciles, bien plus facile que lorsqu'on était obligé de disséquer couche par couche. Du taxis il n'en faut plus parler.

M. ROUTIER. — Quatorze cas de cure radicale. Ligature de la base du sac aussi haut que possible, puis extirpation du sac, drainage. Guérison radicale des malades qu'il a pu retrouver (hernies inguinales et épigastriques), sans qu'ils dussent porter de bandages, cela depuis 13 mois au moins. Chez tous, au lieu de continuer à porter ces bandages, pénibles à laisser en permanence, qui ne donnent que des résultats imparfaits en ce sens qu'ils contiennent mal les grosses hernies, etc., l'opération a fait disparaître cette nécessité ; il suffit de soutenir les points qui cèdent. Opération bénigne et applicable quand la hernie n'est pas complètement, habituellement, facilement contenue par un bandage.

M. TRÉLAT. — Il faut substituer à l'expression cure radicale celle de cure chirurgicale. Une hernie habituellement contenue n'est pas justiciable de cette opération, car 40 % des opérés par la cure radicale sont encore obligés de porter un bandage et par conséquent n'ont pour tout bénéfice qu'une opération en sus. Si au contraire la hernie est le siège d'une irréductibilité quelconque, est mal contenue, offre des adhérences avec les annexes, vous êtes autorisé à opérer. Dans ce dernier cas, en outre, la guérison sera totale ; le malade ne sera pas obligé de porter le bandage. C'est, quoi qu'il en soit, une opération bénigne. Il lui a été aisé de cueillir au hasard 290 cas dépourvus de mortalité, auxquels il a pu ajouter 17 observations de son service également dépourvues de mort. Ce qui fait 307 opérations sans un décès. En continuant la recherche statistique, il arriverait à une mortalité de 0,4 %. C'est une admirable opération, la plus bénigne de toutes les opérations chirurgicales, qui convient aux hernies compliquées ; dans ce cas, elle prévient des accidents qui tôt ou tard seraient sûrement mortels et réduit au minimum les infirmités des individus non complètement guéris. Oblitérez seulement le péritoine suffisamment haut pour ne pas laisser subsister de trajet et la réunion par première intention fera le reste.

M. Jules BŒCKEL (de Strasbourg). — C'est une opération laborieuse. Sur 12 opérés, 2 morts, 10 guérisons. 8 cas sans récidives depuis plusieurs mois.

M. LE DIBERDER (de Lorient). — La compression et l'irritation des régions des anneaux et des annexes de l'intestin déterminent dans le tissu conjonctif sous-péritonéal, la formation de graisse et de tissu cellulo-graisseux qui deviendra fibro-graisseux et fibreux. C'est ainsi que s'effectue la guérison des hernies, l'oblitération des orifices herniaires.

M. SEGOND. — Quelle est la qualité du résultat définitif de la cure radicale ? Est-elle radicale ? Ce qui est certain, c'est quelle est bénigne. Sur 44 opérations de cure radicale proprement dite (hernies non étranglées), il n'a pas eu un seul décès. Sur 30 opérations de cure radicale complétant l'opération de l'étranglement, il n'a eu que cinq décès dont deux vieillards (congestion pulmonaire) et un jeune homme mort de tétanos alors qu'il était guéri. Les résultats immédiats sont aussi parfaits, mais deux cas seulement mériteraient le nom de cure radicale (cicatrice solide dans des hernies inguinales gauches). Il convient d'ajouter que tous ceux qui ont porté bandage après l'opération ont conservé les bénéfices de l'opération et que ceux qui n'en ont pas porté ont perdu ces avantages. Mais enfin c'est une opération, opération qu'il a vue suivie de mort deux fois ; il faut disséquer le sac, le lier à son collet aussi haut que possible, le réséquer avant la suture des piliers et enfin on est quelquefois obligé de sacrifier le testicule parce que les adhérences sont trop fortes. En revanche, les hernies petites, facilement réductibles, que nous n'opérons pas et pour lesquelles la cure radicale est une cure de complaisance guérissent admirablement et n'exigeant pas le port ultérieur de bandages.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. — Faire l'opération de la cure radicale, c'est justement opérer un malade qui n'a pas besoin de cette opération. Par conséquent, nous n'avons pas à parler de cette opération comme complément de la kélotomie. Les plus anciennes opérations datent de sept ans. Ses malades sont restés guéris. L'opération est bénigne. Sans doute le bandage peut être utile s'il demeure un gros trou, mais il ne reste pas toujours de gros trou et le port du bandage atrophie la cicatrice. Il faut opérer tous les gens qui souffrent sans attendre qu'ils aient des étranglements Et cette cure radicale, étant radicale quand la paroi abdominale est bonne, opérez. Opérez surtout les hernies congénitales, parce que les parois abdominales des malades sont bonnes, toujours bonnes. Opérez la hernie qui s'accroît ; plus vite vous opérerez, plus vite vous éviterez vos ennemis — la congestion pulmonaire, qui hante surtout les individus à grosses hernies — les difficultés opératoires et les récidives qui vous attendent dans la hernie du gros intestin — la déchéance organique (glycosurie, albuminurie) des individus à hernies volumineuses. Est-ce que nous n'opérons pas maintenant de petits kystes ovariques, alors que jadis nous ne touchions qu'aux gros ?

M. RICHELOT. — En isolant bien le sac, en produisant une bonne cicatrice au niveau des parties molles qui soutenaient la hernie au moyen de sutures profondes, on obtient d'excellents résultats sur les hernies ; si la hernie n'est pas définitivement guérie, au moins la pointe consécutive est-elle facilement maintenue par bandages. M. Richelot conclut que dans les hernies simples, peu volumineuses des adolescents et des adultes, la cure radicale est absolument bénigne et donne les meilleures chances de guérison définitive. Elle est indiquée si le malade l'accepte ou la désire. — Dans les hernies volumineuses ou compliquées des adultes, les dangers de la cure radicale sont très minces et n'existent que dans les cas les plus graves, alors que l'intervention s'impose ; la guérison définitive de la hernie est moins fréquente, mais on obtient toujours la guérison des symptômes alarmants. — Pour les vieillards et les cachectiques, les bénéfices de la cure radicale, ne compensent pas les dangers. La chirurgie actuelle est assez sûre d'elle-même, pour corriger des infirmités et prévenir des accidents ; elle n'en est plus réduite à soulager des moribonds.

M. SCHWARTZ et LEBEC communiquent des observations à l'appui de la cure radicale.

La séance est close à midi.

Séance du 14 mars 1888 (mercredi soir). — PRÉSIDENCE DE M. VERNEUIL.

Questions diverses.

1.— M. LANNELONGUE fait une communication sur la *résection du bord inférieur du thorax.* Il rappelle la note lue par lui à l'Institut sur les abcès de la région périhépatique et leurs causes. Ces abcès peuvent guérir, et aujourd'hui il désire insister sur le manuel opératoire à employer. Chez un petit malade, actuellement dans son service, atteint d'abcès périhépatique, ouvert dans les bronches (vomique), présentant de la fièvre, ayant 40°, il a tenté une opération, après avoir ponctionné l'espace intercostal correspondant à l'abcès. Il a d'abord ouvert l'abcès, puis enlevé un morceau de la partie inférieure du thorax. Depuis cette intervention, la vomique n'existe plus, l'enfant va mieux. M. Lannelongue termine en indiquant minutieusement comment doit se faire cette résection. Il ajoute que l'extirpation d'une partie de la base du thorax peut aussi être faite d'une façon temporaire.

2. — M GUYON fait connaître les résultats qu'il a obtenus en essayant de faire le *traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie.* Aujourd'hui il est facile de diagnostiquer une tuberculose vésicale, même au début, alors qu'il n'y a pas encore de lésions génitales. — Autrefois il se bornait à un traitement général et médical; il ne le rejète pas aujourd'hui, car il pense que la tuberculose vésicale est accessible à une médication qui a fait ses preuves, mais il croit utile qu'on tente la cure radicale de cette localisation tuberculeuse par l'ouverture sus-pubienne. Il ne parlera pas ici des interventions palliatives faites par la voie hypogastrique (taille sus-pubienne contre le phénomène, douleur dans la cystite tuberculeuse), mais seulement de deux tuberculeux quant à la vessie opérés par lui. 1er cas: Cystite tuberculeuse datant de 3 ans; phénomènes douloureux très intenses; dilatation du col rétrograde, badigeonnage à l'huile iodoformée; on saupoudre la surface interne de la vessie avec de l'iodoforme. Aujourd'hui le malade semble guéri depuis 3 ans. Il n'y a plus de bacilles dans ses urines. 2e cas: Homme de 40 ans, malade depuis 2 ans. Surabondance de bacilles dans les urines. Taille hypogastrique, grattage minutieux de la vessie en avant, cautérisation au thermo-cautère. Iodoforme dans la vessie et à l'intérieur. Au bout de quelques semaines, disparition des bacilles; mais la cystite persiste. — Quand il y a des lésions génitales, il ne faut pas opérer ainsi. Ne pas oublier que le traitement par les eaux minérales et le séjour aux bords de la mer donnent de très bons résultats.

3. — M. DEMONS (de Bordeaux). — *a)* Le cancer de l'utérus, au point de vue de l'extirpation, se présente sous trois aspects. 1° Cancer du col; 2° cancer du col ayant envahi les parties voisines; 3° cancer du corps et du col ayant envahi les parties voisines. — *b)* L'abaissement de l'utérus pour l'hystectomie vaginale doit être fait avec les pinces fixatrices du col, recommandées par M. RICHELOT. *c)* L'hémostase peut être faite de deux façons: par la ligature, par la forcipressure. A ce point de vue, il faut classer les utérus à enlever en deux catégories: 1° ceux qui s'abaissent facilement; 2° ceux qui s'abaissent difficilement. Pour les premiers la ligature est facile; elle est très difficile pour les seconds. L'application des pinces à forcipressure présentent de grands inconvénients quand l'utérus s'abaisse mal; il est très difficile de les appliquer exactement, car si elles sont faciles à appliquer, la ligature est aisée. On peut avoir des hémorrhagies lors même qu'on emploie les pinces. Enfin on peut saisir l'uretère, et même le rectum. Il ne faut pas rejeter *a priori* les pinces de M. Richelot, mais ne pas en systématiser l'emploi comme il le fait ainsi que M. TERRIER.

4. — M PÉAN, dit qu'il emploie tantôt la ligature, tantôt les pinces à demeure, suivant les cas.

M. TERRIER affirme qu'aujourd'hui l'hystrectomie vaginale est une opération parfaitement réglée. Il l'a pratiquée 21 fois et voudrait aujourd'hui entretenir le Congrès des *suites immédiates et éloignées de cette opération faite pour le cancer de l'utérus.* Sur ces 21 cas, il a obtenu 18 succès opératoires et 4 morts. Ces 4 morts se répartissent ainsi: 1 par hémorrhagie (manuel opératoire mauvais); 2 en raison de difficultés opératoires énormes; 1 par choc. La mortalité, qui est de 22 0/0, n'est donc pas très effrayante. Sur [illegible] 18 guérisons opératoires, il y a 4 insuccès primitifs (4 hystérectomies incomplètes), dont il y a 3 succès cependant. Il reste donc 11 cas à examiner. Pour ces 11 guérisons opératoires, il y a eu 7 fois récidive très rapide (de 1 mois 1/2 à 16 mois). Il n'a pas pu trouver une explication suffisante pour ces récidives. En somme, il n'y a que 4 guérisons: une guérison datant de 2 ans 1/2; une autre de 1 an et 9 mois; une 3e qui date de plus d'un an. Enfin une 4e, mais dans ce cas il s'agissait d'un *adénome,* comme l'a montré l'examen histologique, alors que cliniquement on avait reconnu un épithélioma. Pour lui, la technique de l'opération est fixée: c'est une opération grave (22 0/0 mortalité, 70 0/0 récidive); mais il la trouve plus rationnelle que l'amputation partielle.

5.— M ROUTIER lit trois cas d'*hystérectomies vaginales* pour *cancer du corps de l'utérus.* 1er cas: Cancer pris cliniquement pour un corps fibreux. L'examen histologique sur des parcelles extraites par le grattage fit diagnostiquer Fibrome. Cependant les lésions évoluèrent. Hystérectomie vaginale. Mort par carcinose généralisée. 2e cas absolument analogue; on crut à une endo-métrite depuis le grattage (examen histologique). 3e cas: presque identique. M. Routier dit que le cancer isolé du corps est plus fréquent qu'on ne le pense, qu'il débute après la ménopause, que la maladie a une longue durée, qu'on ne peut pas faire facilement le diagnostic. Il croit avec M. Terrier qu'il ne faut pas hésiter à faire la dilatation antiseptique de l'utérus pour voir ce qu'il y a dedans. On devra combattre, aussitôt qu'on le pourra, la lésion par l'extirpation totale. La seule contre-indication est l'immobilité de l'utérus.

6. — M. le Dr S. POZZI fait une communication sur les *indications et technique de l'hystérectomie vaginale pour cancer.*— 1° L'hystérectomie vaginale est devenue une opération assez bénigne pour qu'on puisse légitimement l'appliquer à tous les cas réservés précédemment aux *amputations sus et sous vaginales du col.* 2° Cette opération est contre indiquée comme inutile et dangereuse dans les conditions suivantes: *a)* Envahissement des ligaments larges, rendu probable par l'absence de mobilité de l'organe et la difficulté de son abaissement après l'anesthésie. *b)* Envahissement secondaire ou primitif du vagin, même lorsqu'il est très limité. *c)* Le volume considérable du corps de l'utérus concéreux, rendent laborieuse ou impossible son extraction, sans morcellement. *L'hystérectomie dite palliative avec ou sans résection du cul-de-sac vaginal,* faite dans tous les cas de ce genre, est une opération qui doit être rejetée. Les dangers très augmentés alors, sont hors de proportion avec les avantages qu'elle peut procurer. 3° Dans tous les cas où une opération radicale ne doit pas être tentée, le traitement *chirurgical palliatif,* est d'un très grand secours contre l'hémorrhagie, le suintement ichoreux et les douleurs. L'opération consistera dans l'évidement et le grattage méthodique des tissus malades, suivis de cautérisation au fer rouge. 4° La curette tranchante, qui fait une sorte de sélection naturelle entre les tissus sains et les tissus dégénérés, lorsqu'elle est bien maniée, est préférable au bistouri. L'opération ainsi fatie est une opération réglée. Par suite les mots de *curettage* ou d'*évidement,* sont préférables à celui d'*amputation irrégulière sus-vaginale du col.*

Le fer rouge, qui agit principalement sur les parties malades restées en place, dont la vitalité est moindre que celle des tissus sains, complètera très efficacement l'action de la curette. Il peut être porté sans danger, avec les précautions convenables, jusqu'au fond de la cavité interne. 5° Dans les cas de *cancer du col et du corps,* non propagé, mais dans lesquels le volume de l'utérus rend son extraction dangereuse par la voie vaginale, le traitement palliatif précédent (curetage suivi de cautérisation ignée) sera préféré à l'extirpation totale par la voie abdominale (opération de Freund). 6° La forcipressure à demeure ne donne pas une sécurité complète contre l'hémorrhagie, surtout primitive. Elle expose au pincement et à la compression des organes voisins. Elle rend plus difficile l'antisepsie et plus douloureux le pansement. 7° La forcipressure à demeure est donc un *procédé de nécessité* qui ne doit pas être substitué comme *procédé de choix* à la ligature. Celle ci doit porter successivement sur les parois vaginales divisées et sur les ligaments larges, après renversement de l'utérus. Dans les cas où l'utérus seul est envahi, où il est resté mobile et fa-

cile à abaisser, la ligature n'offre pas de difficultés réelles. On peut dire que la forcipressure à demeure n'est nullement nécessaire que dans une hystérectomie qui n'aurait pas dû être entreprise.

7. — M. Richelot dit que quand les pinces sont difficiles à placer les ligatures sont impossibles à faire. La guérison est aussi rapide lors de l'emploi des pinces que lorsqu'on fait des ligatures, quoi qu'en pense M. Demons. On peut pincer l'uretère dans une ligature comme avec une pince. Il a fait 30 opérations d'hystertomie irrégulière ; ce n'est en somme qu'un curettage de l'utérus avec enlèvement de quelques morceaux de tissus malade. On doit faire beaucoup d'hystérectomies en province, s'il en juge par le nombre de pinces qu'on vend. Il prie les chirurgiens de province de publier leurs statistiques.

8. — M. le Dr Terrillon (de Paris) rapporte *quinze hystérectomies abdominales pour fibromes volumineux et fait quelques réflexions à propos de 60 autres cas de fibromes utérins.* — L'hystérectomie abdominale est une opération grave. Elle doit être réservée aux fibromes développés du côté de l'abdomen, volumineux, suffisamment mobiles et causant des hémorrhagies rebelles et continues ou des troubles dus à la compression des organes voisins. On doit lui préférer l'ablation des ovaires et des trompes, dans les cas de fibromes petits ou de moyen volume, et capables de compromettre l'existence, surtout par hémorrhagies. Un grand nombre de fibromes abdominaux provoquent des accidents pendant une période valable de la vie. Ces accidents peuvent êtres mortels ; aussi, quand ils deviennent menaçants, il est nécessaire de pratiquer une des deux opérations : *Hystérectomie abdominale. Ablation des ovaires.* Si ces accidents ne sont pas assez graves pour mettre la vie en danger, on peut, par des moyens médicaux divers, les atténuer et même les arrêter jusqu'à la fin de la période dangereuse, qui peut se prolonger souvent au-delà de cinquante et cinquante-cinq ans. Les malades jouissent alors d'une guérison apparente, mais qui rend la vie normale ou du moins supportable. Les seuls fibromes qui font le sujet de ce travail sont ceux qui occupent le segment supérieur de l'utérus et qui font saillie dans l'abdomen, sans proéminer du côté du col de l'utérus ou du vagin. Les fibromes qui ont une tendance à se développer du côté de la cavité utérine ou vers le col, se prêtent à d'autres considérations et réclament des opérations différentes.

9. — M. le Dr Monod, à propos d'un cas de *lymphangiome caverneux* observé par lui présente quelques remarques sur la définition et l'histoire des lymphangiomes vrais. Il résume d'abord son observation. On a trop souvent confondu les lymphangiectasies avec les lymphangiomes. Il rappelle la définition reçue de l'angiome sanguin : à savoir celle d'une tumeur dans la constitution de laquelle entre des vaisseaux de formation nouvelle, et, appliquant cette conception au lymphangiome, il réserve cette dernière désignation aux tumeurs d'origine lymphatique dans lesquelles on peut admettre ou démontrer la néoformation de vaisseaux ou de lacunes lymphatiques.

Appliquer le nom de lymphangiome aux simples dilatations lymphatiques équivaudrait à donner le nom d'angiome aux dilatations des veines (varices) ou des artères (anévrysmes), ce que personne ne voudrait soutenir. Le lymphangiome ainsi compris est une tumeur fort rare. On ne connait que deux cas analogues (Reichel, Middeldorff). Il faut extirper ces tumeurs ; l'opération est sans danger.

10. — M. le Dr Schwartz lit une observation de *tumeur érectile de la face guérie par l'électricité.* M. Peyrot a traité un malade de la même façon.

11. — M. le Dr Boudet (de Paris) expose la *technique de l'électrolyse médicale et les modifications apportées au traitement des tumeurs érectiles par l'électricité.*

12. — M. le Dr Redard (de Paris) fait connaître la *technique des corsets orthopédiques* qu'il a imaginés.

13. — M. le Dr Bilhaut (de Paris) rapporte *plusieurs cas de scoliose dus à un accroissement inégal des membres inférieurs.*

14. — M. le Dr Berrut (de Paris) intitule sa communication : *proposition paradoxale sur la situation de l'utérus.* Il expose les symptômes de la rétroversion utérine et parle de son traitement par la réduction et la contention. (*A suivre*).

P. Kéraval et Marcel Baudouin.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mars 1888. — Présidence de M. Janssen.

MM. Mairet et Combemale étudient, par des recherches expérimentales, l'*influence dégénératrice de l'alcool sur la descendance.* Les faits qu'ils rapportent ont trait, d'une part, à l'influence de l'intoxication chronique sur une génération ; d'autre part, à l'influence de l'intoxication aiguë sur deux générations successives. — 1° Un chien, intoxiqué chroniquement par l'alcool, s'accouplant à une jeune chienne vigoureuse, sans tare aucune, donne naissance à douze chiens qui succombent dans l'espace de 67 jours. Deux sont mort-nés ; trois périssent accidentellement. Les sept autres succombent à des accidents divers (attaques épileptiformes, entérite vermineuse, tuberculose pulmonaire et péritonéale) ; ils présentent à l'autopsie des signes de dégénérescence alcoolique (épaississement des os du crâne, sutures précoces, adhérences entre la dure-mère et les os crâniens, différences de poids entre les hémisphères, dégénérescence graisseuse du foie). — 2° Une chienne vigoureuse, intelligente, soumise pendant les trois dernières semaines de sa gestation à une intoxication aiguë par l'absinthe de débit, donne naissance à six petits dont trois mort-nés. Des trois petits qui vivent, deux sont bien développés physiquement, mais peu intelligents ; le troisième a une croissance difficile, des défectuosités intellectuelles et un notable degré d'anosmie. Cette dernière, présentant déjà des phénomènes de dégénérescence, s'accouple avec un chien vigoureux et intelligent. Elle met bas trois chiens, dont l'un offre des vices de conformations nombreux, dont un autre meurt athrepsique avec persistance du trou de Botal, et dont le troisième est atteint de carreau et d'atrophie du train postérieur.

M. Fouque décrit *le développement et la marche de la pneumonie contagieuse qui sévit actuellement dans le Midi.* Cette épizootie est d'origine africaine : elle a été importée par des porcs algériens venus de la province d'Oran.

M. L. Cuénot communique les résultats de ses *recherches sur le développement des globules rouges du sang.* Dans la rate d'un Vertébré inférieur (Poissons, Batraciens, Reptiles, Oiseaux) on trouve deux sortes de noyaux entourés d'une mince couche protoplasmique. Les plus petits quittent la rate tels quels ; emportés par le courant sanguin, ce sont les futures hématies. Les plus gros se transforment en globules blancs avant de quitter la rate. Jamais le noyau du leucocyte n'évolue en hématie. Du noyau de l'hématie se détachent des granules réfringents qui tombent dans la cavité de la cellule : au fur et à mesure que ceux-ci disparaissent, l'hémoglobine apparaît toute formée dans l'hématie parfaitement incolore. Chez les Vertébrés supérieurs (Mammifères) les hématies se développent entièrement dans la rate et ne passent dans le sang qu'à l'état parfait. Le noyau, au lieu de persister, même très amoindri comme chez les Vertébrés inférieurs, se dissout entièrement pendant la formation de l'hémoglobine.

M. G. Jacquemin signale les *applications industrielles du Saccharomyces ellipsoïdeus à la fabrication d'un vin d'orge.*

M. V. Lemoine décrit le *cerveau du Phylloxera.*

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 10 mars 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Déjerine rappelle qu'il a antérieurement communiqué à la Société cinq cas d'amyotrophie tabétique avec autopsie. Il citait, à ce propos, quatre observations suivies d'examen anatomique dues à MM. Charcot et Pierret (1871), Leyden (1877), Westphal (1878), Joffroy et Condoléon (1887), dans lesquelles existait une téphro-myélite antérieure subaiguë ou chronique. Une de ces observations, celle de Westphal, appartient toutefois au groupe des sclé-

roses combinées. En même temps il ajoutait que sa communication visait uniquement l'atrophie des muscles, des membres et du tronc au cours du tabes.

Le 3 mars, M. Joffroy mentionnait également, devant la Société, les quatre faits précédents, en les rapprochant d'autres où l'hémiatrophie de la langue d'origine tabétique coïncidant avec une altération des noyaux d'origine de l'hypoglosse. M. Déjerine a négligé volontairement ces derniers faits ne s'occupant, comme il l'a dit, que de l'atrophie des muscles des membres et du tronc.

Evidemment, la compétence reconnue des auteurs qui ont observé l'adultération des grandes cellules motrices, met cette lésion hors de contestation. Mais cette téphromyélite est-elle véritablement caractéristique de l'amyotrophie tabétique. Dans les cinq cas qu'il a examinés il n'y avait rien d'anormal au niveau des cornes antérieures, et il existait des lésions colossales des nerfs périphériques s'arrêtant aux gros troncs nerveux. Ces lésions lui paraissent véritablement toutes spéciales. D'ailleurs un tabétique ne peut-il être comme un homme sain atteint de téphro-myélite aigue,subaigue ou chronique. Aussi M. Déjerine maintient-il sa conclusion à savoir que, dans l'immense majorité des cas, l'atrophie musculaire des tabétiques relève des névrites périphériques.

MM. Babinski et Charrin étudiant la *paralysie pyocianique*, sont arrivés aux conclusions suivantes. La paralysie ne se développe pas immédiatement après l'injection des produits sulubles pas plus qu'après l'inoculation du microbe. Les membres postérieurs sont atteints les premiers le plus souvent sous forme paraplégique, la paralysie des membres antérieurs étant exceptionnellement rare. Complètement développée, la paralysie est de nature spasmodique. Les tractions et l'anesthésie chloroformique peuvent faire disparaitre les déformations qui, du reste, se reproduisent aussitôt après. Si la paralysie est ancienne, il peut se produire des rétractions fibro-tendineuses analogues à celles que M. Charcot a décrites chez l'homme. Il existe de l'exagération des réflexes tendineux de la trépidation épileptoïde sans amyotrophie. La rétention d'urine doit être attribuée au spasme du sphincter vésical. Les animaux meurent presque toujours. L'examen du système nerveux ne révèle rien d'appréciable. La paralysie pyocianique diffère donc des paralysies toxiques et doit être rapprochée des paralysies strychnique ou lathyrique.

MM. Pitres et Vaillard exposent que malgré les résultats contradictoires fournis par les examens des nerfs dans les cas de tétanos traumatique, certains chirurgiens persistent à expliquer cette complication des plaies par la production de névrites et par la propagation jusqu'aux centres nerveux de limitation inflammatoire primitivement développée dans les nerfs au niveau des parties meurtries. Pour apprécier la valeur de cette théorie, les auteurs ont examiné régulièrement les nerfs périphériques de trois sujets morts de tétanos traumatique et sont arrivés aux conclusions suivantes.

Les altérations des nerfs périphériques sont très inconstantes. Les filets nerveux partant de la plaie initiale sont quelquefois le siège de lésions appréciables, mais d'autres fois ils sont absolument sains. Quand ces lésions existent, rien ne prouve qu'elles ne puissent être la cause du tétanos; quand elles n'existent pas on ne saurait logiquement en faire la base d'une interprétation pathogénique. En conséquence il y a lieu d'abandonner la théorie névrotique du tétanos traumatique.

M. Magnan présente un lapin qui, à la suite d'un eczéma de l'oreille droite offre trois phénomènes nettement caractérisés: 1° le vertige; 2° le roulement ou la rotation irrésistibles dès que l'animal cherche à se déplacer; 3° la torsion permanente du cou et l'inclinaison de la tête avec un léger mystagnus par intervalles. Ces phénomènes indiquent nettement les propagations de l'inflammation sinon jusqu'à l'oreille interne, du moins jusqu'à l'oreille moyenne qui, à son tour, influence les appareils moteurs dans l'oreille interne et notamment les canaux semi-circulaires.

M. Brown-Séquard, à propos de la récente communication de M. Tillaux sur le rétablissement presque immédiat des fonctions du médian après suture des deux bouts d'un nerf coupé depuis quatre ans, dit qu'il faut attribuer le retour si rapide des fonctions nerveuses aux phénomènes de dynamogenie ou d'inhibition. En effet, il ne peut être question du rétablissement anatomique des fonctions du nerf, M. Ranvier ayant démontré, dans des cas analogues, que le bout périphérique était complètement dégénéré.

M. Chauveau se montre partisan de la théorie de M. Brown-Séquard. Un de ses élèves, M. Magnan, a nombre de fois coupé le nerf facial du cheval, essentiellement moteur; la réunion a toujours été immédiate, sans suppuration, et pourtant jamais il n'a observé le rétablissement de la fonction.

M. Laborde, sans nier l'intervention de la dynamogénie ou de l'inhalation, pense que les causes du rétablissement fonctionnel sont complexes et que la récurrence si bien étudiée par MM. Arloing et Tripier doit être particulièrement invoquée.

M. Ch. Féré présente à la Société des tracés sphygmographiques relatifs à l'influence qu'exerce l'exercice musculaire localisé sur la forme du pouls. Ces modifications portent particulièrement sur l'exagération de la courbe sphygmographique, le dicrotisme et le polycrotisme que M. A. Voisin considèrent comme pathognomoniques après l'attaque épileptique, alors qu'elles sont simplement dues à l'exercice musculaire. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 mars 1888. — Présidence de M. Hérard.

Elections de deux membres correspondants étrangers. Première élection. Votants : 49. Majorité : 25. M. de Saboïa (de Rio-de-Janeiro) est élu par 45 voix, contre M. Mac Cormack (de Londres) 2; M. Mac Ewen (de Glasgow) 1; bulletin blanc 1. *Deuxième élection* : Votants : 52. Majorité : 27. M. Lusk (de New-York), est élu par 40 voix, contre M. Mac Cormack, 10; M. Horsley (de Londres), 2.

M. Queivel (de Marseille) fait une communication *sur l'antipyrine dans les accouchements*. Les injections sous-cutanées d'antipyrine, aux doses de 0 gr. 25 à 0 gr. 50 peuvent être avantageusement pratiquées à toutes les périodes de la parturftion, et notamment au moment du travail. Il n'y a aucune contre-indication à employer l'antipyrine comme agent anesthésique pendant l'accouchement.

M. Poncet (de Lyon) communique une observation de *luxation du nerf cubital droit.* Il s'agit d'un enfant, âgé de 15 ans et qui, à l'âge de 10 ans, fit une chute sur le coude droit. Il fut soumis aux manœuvres d'un rebouteur, puis l'articulation fut immobilisée durant quinze jours. Pendant près de cinq ans, l'enfant ne souffrit pas de son articulation et put se servir du membre supérieur droit comme par le passé. Il y a deux mois, à la suite d'un exercice violent, l'enfant éprouva des douleurs et des fourmillements dans le petit doigt et l'annulaire de la main droite; en même temps il éprouvait une gêne fonctionnelle notable; lorsqu'il appuie l'avant-bras sur la table pour écrire, il ressent des douleurs dans les deux derniers doigts de la main. L'articulation du coude est légèrement déformée; l'extrémité inférieure de l'humérus est hypérostosée dans la partie externe; sous la peau, à 15 où 20 millimètres de la pointe de l'épitrochée, on constate la présence du nerf cubital. M. Poncet pratiqua sur le nerf déplacé, au niveau de l'articulation, une incision de cinq centimètres; puis il incisa les tissus fibro-périostique et rétro-épitrochléen et ramena derrière l'épitrochlée le cubital. Ce nerf fut enfin maintenu en place au fond d'une gouttière par trois points de suture au catgut et le malade est aujourd'hui guéri.

M. Doyen (de Reims) lit un mémoire sur *l'érisypèle et la fièvre puerpérale*; il démontre : 1° que le streptococcus puerpéral, qui est le microbe caractéristique de cette affection, donne presque toujours au lapin l'érysipèle et un petit abcès; à la femme, parfois des érysipèles, des phleg-

mons ou la pleurésie purulente ; 2° que le streptococcus de l'érysipèle donne presque toujours l'érysipèle au lapin et parfois aussi des phlegmons ou la péritonite chez l'homme ; 3° que le streptococcus du pus donne parfois l'érysipèle. Ces trois streptococci, identiques dans les cultures, semblent un seul et même être, dont les manifestations peuvent varier. L'étude des microbes du vagin n'a jamais révélé le streptococcus ; il semble toujours avoir été introduit dans la cavité utérine par inoculation proprement dite (mains, instruments, etc.).

Suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL annonce que le maire de Bourges, usant des droits que la loi lui confère, a pris un arrêté, en vertu duquel les filles publiques ne peuvent plus exercer leur profession sur la voie publique. Elles s'exposeraient ainsi à être traduites devant le tribunal de simple police et à subir ultérieurement l'inscription. Cet arrêté aurait déjà engendré des résultats heureux.

M. LABORDE propose la conclusion suivante : « En raison de la solidarité qui existe nécessairement entre la réglementation administrative à la prostitution et l'application des mesures d'ordre hygiénique, soit préventives, soit curatives, des maladies syphilitiques ; l'Académie pense qu'il y a lieu d'instituer, pour une solution aussi complète et appropriée que possible de cette grave question d'hygiène sociale, une commission mixte, réunissant la double compétence administrative et médicale.

M. BROUARDEL propose les conclusions suivantes : « Article IV. Une loi de police sanitaire au lieu de « un ensemble de mesures ». Article VI : « Si l'inscription n'est consentie par la fille à qui l'administration l'impose, cette fille pourra appeler de cette mesure devant l'autorité judiciaire. » A. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 9 mars 1888. — PRÉSIDENCE DE M. SIREDEY

M. COMBY a étudié depuis quinze mois l'action thérapeutique du phosphore, dans le traitement du rachitisme; 40 enfants âgés de 3 mois à 10 ans, ont pris un à deux milligrammes par jour de phosphore, associé à l'huile de foie de morue (huile de foie de morue 1 litre, phosphore 0 gr. 10 centig., 1 à 4 cuillerées à café par jour). C'est la méthode de Kassowitz ; elle a été appliquée de 3 à 12 mois. Jamais M. Comby n'a noté aucun accident sérieux ; sur ces 40 cas, il y a eu 21 améliorations ; 18 résultats nuls et 1 aggravation. Au contraire sur 40 rachitiques traités dans le même temps par les bains salés, 2 ont été entièrement guéris, 34 améliorés. En somme le résultat a été meilleur dans ce dernier cas que dans l'autre série ; on peut donc conclure de ces recherches, que le traitement salin (bains, eaux chlorurées sodiques et séjour au bord de la mer) est supérieur au traitement interne quel qu'il soit (huile de foie de morue, phosphates, phosphore).

M. DEBOVE a déjà signalé les accidents qui suivent parfois les ponctions de kystes hydatiques du poumon ou du foie, en démontrant expérimentalement l'action toxique du liquide kystique au moyen d'injections sous cutanées. Par ce moyen il a pu reproduire l'urticaire sur des sujets sains. Mais en plus de l'urticaire et des phénomènes de collapsus à apparence parfois graves, M. Debove signale des accès de dyspnée extrêmement intenses avec expectoration muqueuse, toux, sueurs, qui cédèrent rapidement d'ailleurs. M. LABOULBÈNE pense qu'il faut attribuer tous ces accidents à la présence de ptomaïnes ou de leucomaïnes.

M. HAYEM a fait un grand nombre d'expériences pour étudier les altérations du sang consécutives à l'injection intravasculaire des liquides albumineux. Certaines substances albumineuses de compositions tout à fait différentes de celles des albuminates du sang, produisent toujours de l'albuminurie ; l'albumine du blanc d'œuf est surtout mal tolérée et produit de l'albuminurie passagère, qu'elle soit injectée dans le sang ou sous la peau. Les sérosités normales ou pathologiques, produisent des accidents (albuminurie ou même hématurie et parfois anurie), qui sont moins intenses lorsqu'on emploie le serum d'un autre animal, et moins encore lorsqu'on réinjecte à un animal du serum extrait de son propre sang. Ce dernier fait est des plus remarquables ; dans ce cas comme dans les précédents d'ailleurs, le serum réinjecté produit des altérations graves du sang (dissolution des globules rouges, petites coagulations, petites concrétions). C'est donc par ce mécanisme que se fait l'albuminurie ; si au contraire le liquide séreux n'agit pas sur les éléments du sang — et tel est le cas de la sérosité hydropique — il ne se produit pas d'albuminurie, bien qu'on en injecte une quantité assez considérable.

M. FRANTZ GLÉNARD lit un long travail sur le traitement de la fièvre typhoïde, par bains froids, lorsque le sujet se trouve placé dans les conditions spéciales qui forcent le médecin à modifier le traitement normal. L'auteur donne le nom d'*individualisation* du traitement à ces modifications variées de la méthode dont il est un des plus actifs défenseurs. L'auteur étudie successivement les conditions physiologiques (âge, menstruation, grossesse, puerpéralité, allaitement). Notons les indications suivantes : chez l'enfant, bain à 20 degrés de 8 à 10 minutes; chez le vieillard, bain chaud graduellement refroidi. Toutes les autres circonstances doivent être négligées et ce traitement normal appliqué. Quant aux conditions pathologiques, les indications sont variables (obésité, épilepsie, hystérie, rhumatisme, goutte, emphysème, phtisie, etc.). Mais en somme il y a d'après l'auteur, bien peu de contre indications à l'emploi de l'eau froide, maniée avec précautions, qu'il s'agisse aussi bien du rhumatisme que de l'épilepsie, de la phtisie stationnaire que d'une affection cardiaque bien tolérée et chez un sujet jeune. M. GLÉNARD termine en exposant la technique du traitement de la fièvre typhoïde compliquée. L. CAPITAN.

CORRESPONDANCE

La façon dont on traite les malades d'un hôpital en 1888.

Paris, 14 mars 1888.

Mon cher Rédacteur,

Il y a environ un ou deux ans, l'honorable M. Piperand, membre du Conseil municipal, fit voter par cette assemblée un vœu ayant pour objet de substituer au pavage ordinaire le pavage en bois, de façon que les malades de l'hôpital Bichat puissent jouir d'un repos presque complet (1).

Comme l'hôpital est dans un quartier excentrique, habité par de pauvres gens, le vœu du Conseil municipal fut absolument considéré comme platonique par l'Administration ; rien ne fut changé, si ce n'est que le pavage en grès devint de plus en plus mauvais et que les lourds chariots qui passent nuit et jour sur le boulevard Ney continuèrent, comme par le passé, à ébranler les murs de l'hôpital et à empêcher les malades et les opérés de dormir. On pouvait croire que les malades, d'ailleurs peu exigeants, jouiraient encore longtemps de ce repos relatif : il n'en fût rien comme vous allez voir.

L'administration du chemin de fer de l'Ouest ayant à substituer des passages libres aux passages à niveau établis par les ingénieux ingénieurs de jadis ; en particulier, ayant à modifier le passage de l'avenue de Saint-Ouen, il s'en suivit probablement de longs conciliabules entre les ingénieurs de cette compagnie et ceux de l'Etat ou de la Ville. Toujours est-il, c'est que de ce choc intellectuel jaillit la lumineuse idée de faire passer le chemin de fer de ceinture à quelques mètres de l'hôpital Bichat, sous les fenêtres même de la chambre où se font les opérations les plus graves et où sont soignés les opérés.

Ces messieurs trouvèrent que le bruit incessant des chariots n'était pas suffisant pour empêcher ces malheureux opérés de reposer ; ils jugèrent comme absolument nécessaire d'ajouter au bruit des voitures celui du chemin de fer et de son sifflet. Et l'on sait combien siffle tout mécanicien qui se respecte, s'appuyant sur les lois et règlements administratifs des chemins de fer français. Ce projet mirifique, élaboré dans de vastes cervelles, fut mis de suite à exécution ; et les médecins de l'hôpital, voir même le directeur, furent tous étonnés de constater que l'installation à peu près convenable qui facilitait l'abord de Bichat, les trottoirs et les arbres, etc., allait bientôt

(1) Voir sur cette question du pavage en bois, au voisinage des hopitaux, un article du *Prog. méd.*, 1886, p. 273, 2e série. (*N. d. l. R.*).

disparaître pour faire place à un chantier rempli de boue, si bien que l'accès de l'hôpital devint rapidement impossible. C'est alors seulement qu'ils apprirent l'idée lumineuse de MM. les ingénieurs plus ou moins en chef et sa mise à exécution.

Le directeur de l'hôpital fit son rapport à l'administration de l'Assistance publique, laquelle envoya un inspecteur, fit des démarches, dit-on, mais n'aboutit à rien, paraît-il ? Le directeur de Bichat fit remarquer, à juste titre, combien il était illogique, pour tout homme ayant le sens commun, de faire passer un chemin de fer tout près d'un hôpital, dont les constructions sont des plus légères et vont être ébranlées et peut être détruites par la trépidation des machines. Ceci importe peu à MM. les ingénieurs ; les leurs ne sont pas soignés à l'hôpital ; que les malades dorment ou ne dorment pas, cela leur est absolument égal ; que par dessus le marché l'hôpital tombe sur la tête des malades, cela leur est encore bien plus indifférent ; au contraire, ils peuvent même espérer le reconstruire.

Un fait encore plus curieux, c'est que ce chemin de fer est tracé et taillé en pleine fortification à partir de la porte de Saint-Ouen. Or, dans ce malheureux hôpital Bichat, il existait l'an dernier une pauvre petite baraque en bois, placée au moment du choléra sur les fortifications. Le génie militaire, — que d'autres caractérisent différemment, — fit donner l'ordre de l'enlever dans les 48 heures : *elle gênait la défense de la ville de Paris.*

Aujourd'hui et pour plus d'une année, on taille un chemin de fer en pleine fortification, et cela ne gêne plus rien du tout. C'est que ingénieurs et officiers du génie sont tous *camarades*, et qu'il est avec le ciel des accomodements. Peut être aussi la ville de Paris a-t-elle moins besoin d'être défendue aujourd'hui qu'hier ?

MM. les ingénieurs, auxquels rien n'est étranger en ce monde, sont probablement les seuls capables de résoudre cette équation à nombreuses inconnues et qui très certainement nécessite des connaissances mathématico-politiques fort étendues.

En résumé, dans un pays dit civilisé ou qui prétend l'être, en pleine démocratie, on n'hésite pas à violer les lois les plus élémentaires de l'humanité, et cela sans que la moindre protestation ait eu lieu de la part des personnes dont le rôle est précisément de défendre les pauvres et leurs prérogatives.

Je laisse, M. le Directeur, le jugement de ces faits, à l'appréciation de vos lecteurs et vous remercie de l'hospitalité que vous avez bien voulu donner à ces quelques lignes. F. Terrier.

Assainissements des villes

Avignon, 23 février 1888.

Mon cher Directeur,

La question m'intéresse beaucoup : je suis partisan du tout à l'égout et de l'utilisation agricole.

A Avignon, nous sommes très mal pourvus comme égouts : on a simplement utilisé d'anciens cours d'eau, qui ont été certainement les fossés de nos vieilles enceintes. Leur cuvette n'est pas étanche, et leur voûte est souvent interrompue ; ils reçoivent pourtant sur leur parcours les déjections des maisons riveraines ; ils se jettent directement dans le Rhône. Il y a là une réforme qui s'impose

La plupart de nos maisons sont munies de fosses ; celles-ci sont vidées par le système de tonneaux dans lesquels le vide se fait soit par la condensation de la vapeur à l'usine, soit par une pompe spéciale sur place ; la première est de beaucoup la meilleure. Les matières aspirées sont transportées dans des usines ; les unes servent à la fabrication du sulfate d'ammoniaque, les autres sont vendues en nature aux producteurs de primeurs, qui les recherchent beaucoup.

Je suis, mon cher ami, entièrement à votre disposition, et vous serre cordialement la main.

Dr Pamard.

Comme on le voit, à Avignon, de même qu'aux environs de Versailles, de Lille, à Menton, à Nice, à Antibes, à Cannes, à St-Léonard, à Limoges, etc., etc., on emploie les vidanges à la fumûre des jardins maraichers, des jardins fleuristes, etc., et à Avignon, pas plus qu'ailleurs, ni l'ingestion des légumes, même crus, ni l'odeur des fleurs ne paraissent, d'après la lettre de M. Pamard, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien président de la section de médecine du Congrès de l'*Association française pour l'avancement des Sciences*, avoir d'inconvénients pour la santé publique, quoi qu'en disent les adversaires de l'utilisation agricole des eaux d'égout. — Nous faisons de nouveau appel à nos lecteurs pour nous donner des renseignements sur le tout à l'égout et l'utilisation agricole des eaux d'égout et de matières de vidanges.

VARIA

Modifications apportées aux programmes des Concours pour la nomination des médecins et des chirurgiens du Bureau Central.

Vu les divers arrêtés portant réglement sur le service de santé ; vu la décision du Directeur de l'Assistance publique qui a institué une Commission spéciale en vue d'étudier les améliorations à introduire dans les règlements sus-visés ; — Vu le rapport de cette Commission ; — Vu l'avis émis par le Conseil de Surveillance de l'Assistance publique dans sa séance du 16 février 1888 ; — Vu les lois des 10 janvier 1849 et 7 août 1851 ; — Sur le rapport du Directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique ; — Le Secrétaire général de la Préfecture entendu ;

Arrête :

Art. 1er. — Le § 3 de l'art. 99 du *règlement sur le service de Santé*, qui dispense de justifier d'une année de doctorat le candidat ayant obtenu la médaille d'or au concours des prix des internes de troisième et de quatrième année, s'il compte quatre années d'internat, est abrogé.

Art. 2. — L'art. 109 du même règlement est modifié dans sa teneur ainsi qu'il suit : « Le nombre des places de médecin ou de chirurgien ne peut excéder trois pour chaque concours.» « Un concours pour pour deux places au moins, de médecin ou de chirurgien du Bureau Central, aura lieu régulièrement chaque année. Le concours des médecins s'ouvrira au mois de février, et celui des chirurgiens au mois de mars. »

Art. 3. — Le § 2 de l'art. 57 est ainsi complété : « Une exception est faite en faveur des internes de 4e année qui auront la faculté de passer leur thèse dans les deux derniers mois de leur exercice. »

Art. 4. — Le § 2 de l'art. 110 qui prescrit d'augmenter « le nombre des membres du jury lorsque celui des places de mises au concours sera de trois » est abrogé.

Art. 5. L'art. 111 est modifié ainsi qu'il suit : « Les épreuves de ces concours sont réglées de la manière suivante :

« *Epreuves d'admissibilité.* — 1° Une composition écrite sur un sujet de pathologie dont l'élément anatomo-pathologique fera nécessairement partie et pour laquelle il sera accordé trois heures ; 2° une épreuve clinique sur un malade ; il sera accordé au candidat dix minutes pour examiner le malade et quinze minutes pour développer oralement devant le jury son opinion sur le malade après cinq minutes de réflexion.

« *Epreuves définitives.* — 1° Une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie ; il sera accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon ; 2° une épreuve clinique sur deux malades ; il sera accordé au candidat vingt minutes pour l'examen des deux malades et trente minutes pour la dissertation orale devant le jury après dix minutes de réflexion.

« Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

« *Epreuves d'admissibilité :*

« Pour la compostion écrite	30 points
« Pour l'épreuve clinique sur un malade. .	20 —

« *Epreuves définitives :*

« Pour l'épreuve théorique orale.	20 points
« Pour l'épreuve clinique sur deux malades. .	30 —

« *Art.* 6. — Le § 2 de l'art. 112 qui prescrit d'augmenter le nombre des membres du Jury lorsque celui des places de chirurgien sera de trois est supprimé.

« *Art.* 7. — L'art. 113 relatif au nombre et à la nature des

épreuves du concours pour la nomination aux places de chirurgien du Bureau central est ainsi modifié : Les épreuves de ces concours sont réglées comme il suit :

« *Epreuves d'admissibilité.* — 1° Une compositon écrite sur un sujet d'anatomie normale et de pathologie ; il sera accordé trois heures pour cette composition ; 2° une épreuve clinique sur un malade ; il sera accordé au candidats dix minutes pour l'examen du malade et quinze minutes pour la dissertation orale devant le Jury après cinq minutes de réflexion ; 3° une consultation écrite sur un malade pour la rédaction de laquelle il sera accordé trois quarts d'heure, après dix minutes d'examen ; cette consultation sera lue immédiatement.

Epreuves définitives. — 1° Deux opérations sur le cadavre ; 2° une épreuve orale théorique sur un sujet de pathologie ; il sera accordé au candidat vingt minutes pour réfléchir et un temps égal pour faire sa leçon ; 3° une épreuve clinique sur un seul malade ; il sera accordé au candidat dix minutes pour l'examen du malade et quinze minutes pour la dissertation orale devant le Jury, après cinq minutes de réflexion.

« Le maximum des points à attribuer pour chacune de ces épreuves est fixé ainsi qu'il suit :

Epreuves d'admissibilité :

Pour la composition écrite	30 points.
Pour l'épreuve clinique	20 —
Pour la consultation écrite.	20 —

Epreuves définitives :

Pour les deux opérations sur le cadavre.	30 points.
Pour l'épreuve théorique orale	20 —
Pour l'épreuve clinique	20 —

Art. 8. — Les trois premiers paragraphes de l'art. 126 sont remplacés par les quatre paragraphes suivants. Dans tous les cas où un Concours est prescrit par les dispositions du présent règlement pour la nomination des médecins, chirurgiens, prosecteurs et pharmaciens, les épreuves auxquelles les concurrents sont soumis, se divisent en deux séries, toutes les fois que le nombre des candidats dépasse cinq pour une place, huit pour deux places et dix pour trois places. Les épreuves de la première série peuvent être communes à tous les concurrents. Toutefois, lorsque le nombre des candidats inscrits pour les concours aux places de médecin et de chirurgien dépassera vingt-quatre, chacune des épreuves sera éliminatoire.

Pour les concours aux places de médecin, l'élimination des candidats ayant obtenu le moins grand nombre de points portera, à la suite de la première épreuve, sur la moitié du nombre total des concurrents, si ce nombre dépasse quarante ; sur le tiers, si ce nombre est inférieur à quarante et supérieur à vingt-cinq, et sur le quart, si le nombre est inférieur à vingt-cinq. La deuxième épreuve fixera le nombre règlementaire des candidats qui prendront part aux épreuves définitives.

Pour le concours aux places de chirurgien, à la suite de la première épreuve, les candidats ayant obtenu le moins grand nombre de points seront éliminés jusqu'à concurrence du quart du nombre total. A la suite de la deuxième épreuve, une élimination semblable aura lieu jusqu'à concurrence du quart de concurrents restants. La troisiène épreuve fixera le nombre réglementaire des candidats qui prendront part aux épreuves définitives. Dans les deux premières épreuves, le jury aura la faculté d'étendre l'élimination à un plus grand nombre de candidats.

Art. 9. — Le directeur de l'Administration générale de l'Assistance publique est chargé d'assurer l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 12 mars 1888.

Signé : POUBELLE.

Visite de M. Alphand à l'Ecole pratique.

Vendredi dernier, 9 mars, M. Alphand, directeur des travaux de la ville de Paris, accompagné de M. le Doyen de la Faculté, a visité l'Ecole pratique de médecine et les différents laboratoires qui y sont en construction.

Nous ne sommes pas dans les secrets de la Faculté, mais nous pensons que cette visite avait pour but de hâter l'achèvement des travaux. A cet égard, en effet, nous avons reçu de différents côtés de nombreuses plaintes. Nous savons de source certaine que beaucoup de professeurs de la Faculté réclament à cors et à cris l'installation définitive de leurs laboratoires, ce qu'ils ne peuvent obtenir, grâce à l'insouciance de M. l'Architecte de l'Ecole pratique, qui a peu à cœur l'achèvement rapide de son chef d'œuvre architectural.

Nous ne pouvions désirer un meilleur résultat de notre article : « *Lentus et Lentulus* », paru dans le numéro du 11 février (p. 118).

Commission chargée d'élaborer le réglement d'administration publique sur les divers modes de sépulture : Inhumation, crémation, etc.

Cette Commission est composée de MM. E. Labiche et G. Martin, sénateurs ; Chevandier, Bourneville et Blatin, députés ; Hovelacque et Chassaing, conseillers municipaux ; Brouardel et Proust, membres du Comité consultatif d'hygiène publique de France ; le directeur des affaires civiles au Ministère de la Justice ; Bernard, procureur de la République à Paris ; le Préfet de la Seine ; le Préfet de police ; F. Duval, conseiller d'état, directeur de l'administration départementale et communale au Ministère de l'Intérieur ; Monod, directeur de l'Assistance publique et des Institutions de prévoyance, au Ministère de l'Intérieur.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 19. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Delens, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Lannelongue, Budin, Jalaguier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, Ollivier, Landouzy ; — (2e *Série*) : MM. Damaschino, A. Robin, Déjerine.

MARDI 20. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Bailet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Peyrot, Brun ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Troisier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Bouilly, Campenon (2e partie) (2e *Série*) : MM. G. Sée, Fernet, Hanot (2e *Série*) : — MM. Jaccoud, Cornil, Joffroy.

MERCREDI 21. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Marc Sée, Rémy, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Budin, Delens, Segond ; — (2e *Série*) : MM. Ribemont-Dessaignes, Reclus, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Joffroy. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Brissaud, Chauffard.

JEUDI 22. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : Cornil, Polaillon, Bouilly (2e partie) : MM. Mathias Duval, Fernet, Brun. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Hutinel, Ballet. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Troisier.

VENDREDI 23. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Rémy, Chauffard ; — (2e *Série*) : MM. Straus, Reynier, Villejean. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Ollivier, Déjerine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Delens, Reclus, Segond ; — (2e *Série*) : MM. Ribemont-Dessaignes, Marc Sée, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Potain, Landouzy, A. Robin.

SAMEDI 24. — 2e *de Doctorat*, oral (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Bouilly, Quenu. — 4e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Jaccoud, Legroux, Ballet ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Fernet, Quinquaud. — 4e *de Doctorat* : MM. Ball, Laboulbène, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Polaillon, Peyrot, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Cornil, Dieulafoy, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 21. — M. Fragne. Conjonctivite blennorrhagique séro-vasculaire sans inoculation. — M. Mirassou-Nouqué. Considérations sur quelques dispositions du placenta dans son insertion vicieuse. — M. De Souza. Etude sur le mécanisme des états psychiques normaux. — M. Joubert. La thyrotomie pour les corps étrangers du larynx — M. Loppe. De l'antisepsie en gynécologie. — M. Cator. Tuberculose de l'os malaire. — *Jeudi* 22. — M. Wertheimer. Essai sur les hernies consécutives aux opérations de laparotomie. — M. Basset. Des vomissements incoercibles chez les hystériques. — M. Bruant. De la mélancolie survenant à la ménopause. — M. Semelaigne. Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale. — *Vendredi* 23. — M. Pozzi. Traitement du cancer de l'utérus. — M. Pouloux. Contribution à l'histoire médicale du laurier rose.

FACULTÉ DES SCIENCES DE MONTPELLIER. — M. FORCRAND, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie à ladite Faculté.

NÉCROLOGIE

M. le Dr MARTINEAU.

M. le Dr MARTINEAU, médecin de l'hôpital de Lourcine, vient de mourir. M. Martineau fut reçu interne des hôpitaux de Paris en 1859. Au concours de l'internat, il obtint la médaille d'or en 1863. Il était depuis de longues années médecin de l'hôpital de Lourcine. Il est le fondateur et le directeur des *Annales médico-chirurgicales* et l'auteur d'un grand nombre de travaux bien connus et dont les principaux sont les suivants : *De la maladie d'Addison*, 1864 ; — *Leçons sur les affections de l'utérus et de ses annexes*, 1879 ; — *Des endocardites*, 1886. — *Aphthes*, 1865 ; — *Borborygmes*, 1866 ; — *Colique*, 1868 ; — *Coma*, 1868 ; — *Constipation*, 1868 ; — *Crachats*, 1869, etc. (*Art. du Dict. de Méd. et chir. prat.*). — *Leçons cliniques sur la blennhorrhagie chez la femme*, 1885 ; — *La prostitution clandestine*, 1885 ; — *Leçons sur les déformations vulvaires et anales*, 1886 ; — *Leçons sur la vaginité non blennorrhagique*, 1883 ; — *Leçons sur la thérapeutique de la syphilis*, 1883 ; — *Affections des organes génitaux et sexuels de la femme* ; — *Traité clinique des affections de l'utérus*, 1879. — On lui doit en outre une série de leçons cliniques publiées par ses élèves dans le journal dont il était directeur.

Il lègue sa bibliothèque et ses instruments à la salle de garde de médecine de l'hôpital Lourcine, et sa fortune, après la mort de sa mère, à l'Association générale des médecins de France.

Le départ du cortège aura lieu à 10 h., rue Cambon, 24, pour la gare de Lyon ; inhumation à Melun, sa ville natale. Il est décédé à l'âge de 52 ans.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. *Inscriptions du 3e trimestre de l'année scolaire* 1887-88. — Le registre des inscriptions sera ouvert le mercredi 11 avril. Il sera clos le samedi 28 avril, à 3 heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures : 1° inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, samedi 14, mercredi 18 et jeudi 19 avril ; 2° Inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat et de deuxième, troisième et de quatrième années d'officiat, les vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 avril. MM. les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique, doivent présenter leur carte d'admission à ces travaux en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les étudiants de première année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique. MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. *Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux* : MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre à leurs feuilles d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 2e trimestre 1887-88. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Cours de physiologie. — M. le professeur Ch. RICHET commencera le cours de physiologie, le mardi 20 mars 1888, à 5 heures (Grand Amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. le professeur BOUCHARD commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le jeudi 22 mars 1888, à 5 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre) et le continuera, les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Cours d'anatomie. — M. le professeur FARABEUF commencera le cours d'anatomie, le mercredi 11 avril 1888, à 5 heures (Grand Amphithéâtre) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Cours d'histoire naturelle médicale. — M. le professeur BAILLON commencera le cours d'histoire naturelle médicale, le lundi 19 mars 1888, à 11 heures (Grand Amphithéâtre) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours d'hygiène. — M. le professeur PROUST commencera le cours d'hygiène, le mardi 20 mars 1888, à 4 heures de l'après-midi (Grand Amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

Ecole pratique. — *Exercices opératoires* (premier cours). M. le Dr CHAPUT, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'anatomie, fera sa première démonstration, le jeudi 15 mars 1888, à 1 heure précise, pavillon n° 2.

Conférences de chimie médicale. — M. VILLEJEAN, agrégé, commencera ses conférences le lundi 19 mars 1888, à 1 heure de l'après-midi (Petit Amphithéâtre) et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Cours de thérapeutique et matière médicale. — M. le professeur HAYEM commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le lundi 19 mars 1888, dans l'après-midi (Petit Amphithéâtre) et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants.

ERRATA. — Un certain nombre d'erreurs se sont glissées dans notre dernier bulletin sur la *Prostitution à Paris*. Nous nous empressons de les rectifier. Ainsi, à la page 190, col. 2, ligne 47, on devra lire : « 3,300 en 1880 » au lieu de « 2,500 en 1888. » — A la page 191, col. 2, ligne 24, lire : « proportion » au lieu de « population. » — A la page 192, col. 2, ligne 5, lire : « voilà les considérants qui nous ont amené à proposer à la... » — A la même page, ligne 7, lire : « d'émettre » au lieu de « à émettre. » — Nous ajouterons que la proposition que M. Baratoux a faite à la Société de médecine pratique, au sujet de la prostitution, a été appuyée par MM. les Drs Malécot, Laburthe, Lutaud, Alexandre, Bardet, Verdier, Conta, Camps, Toledano et Langlebert, pharmacien.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr Constantin JAMES est décédé à Paris à 75 ans. Il est connu par ses travaux sur les eaux minérales, ses critiques sur la méthode anti-rabique de Pasteur, ses polémiques au sujet des expériences de Charcot et de Luys, ses théories bizarres sur l'hypnotisme, sa rage à combattre les théories transformistes, et son ouvrage sur cette question que l'empereur du Brésil crut devoir annoter de sa main.— M. le Dr PALANTE, décédé à 79 ans, à Liège.

La commune de Bèze (Côte-d'Or) demande un médecin, elle fournit subvention et logement. Pays de chasse et de pêche Gare sur la ligne d'Is-sur-Tille à Gray.

Chronique des hôpitaux.

HÔPITAL BICHAT. —*Médecine.* Service de M. H. HUCHARD, à 9 h. 1/2. — Salle Bazin (H.) : 1, cardiopathie artérielle (arythmie) ; 3, artério-sclérose généralisée (néphrite, cirrhose hépatique, saturnisme, alcoolisme) ; 7, Hystérie (mutisme) ; 9, dilatation de l'estomac ; 10, insuffisance mitrale ; 11, rétrécissement pulmonaire congénital ; 13, cirrhose atrophique ; 14, paralysie spinale aiguë (douleurs en ceinture) ; 15, néphrite ; 15 *bis*, insuffisance aortique, insuffisance mitrale ; 16, cardiopathie artérielle (dyspnée, arythmie) ; 18, pneumonie ; 21, emphysème, congestion pulmonaire ; 22, insuffisance mitrale ; 22 *bis*, chorée, insuffisance aortique ; 24, dilatation gastro-côlique ; 31, granulie. — Salle Louis (F.) : 2, insuffisance mitrale, congestion pulmonaire (scarlatine et chorée antérieures) ; 5, insuffisance mitrale (insuffisance tricuspidienne fonctionnelle, pouls veineux, pouls veineux hépatique) ; 6, artério sclérose (arythmie, tachycardie) ; 8, chloro-anémie ; 10, ictère catarrhal ; 14, méningomyélite chronique (polyurie jusqu'à 30 litres, améliorée par l'antipyrine) ; 19, cirrhose atrophique, rétrécissement mitral ; 22, pleurésie diaphragmatique ; 27, cirrhose atrophique ; 29, insuffisance mitrale et rétrécissement, insuffisance aortique ; 30, lithiase biliaire. — Leçons de clinique et de thérapeutique après Paques.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 12. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 24 MARS 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — **M. TERRILLON**.

Ablation des ovaires ; — Opération de Battey ;

Leçon recueillie par M. Francis VILLAR, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Nous devons étudier aujourd'hui une opération encore nouvelle, mais qui a fait grand bruit il y a quelques années. Je veux parler de l'ablation des ovaires. Cette opération a reçu différents noms : c'est ainsi qu'elle a été désignée sous les noms *d'oophorectomie*, *d'ovariotomie normale;* elle est connue aussi sous le nom d'*opération d'Hégar et de Battey*, les deux chirurgiens qui l'ont proposée et pratiquée les *premiers*.

Avant de passer en revue les détails et les indications de cette opération, je vais vous rapporter l'histoire de la malade qui fait le sujet de cette leçon et que vous avez vu opérer dernièrement. Elle présentait un type très net d'une des principales indications : *l'ablation des ovaires pour corps fibreux hémorrhagiques*. C'est une femme de 39 ans, qui, depuis deux ans, avait des pertes presque continuelles et éprouvait des douleurs violentes dans les reins et le bas-ventre, avec des envies très fréquentes d'uriner. Par le toucher vaginal, je constatai la présence d'une masse dure, du volume d'une pomme sur la face postérieure de l'utérus, et une seconde tumeur plus grosse que le poing, semblable à la précédente, sur la partie supérieure et antérieure du corps de l'utérus.

L'hystéromètre indiquait que la cavité de l'utérus avait 15 centimètres et que tout l'organe était hypertrophié.

La malade se plaignait d'une constipation opiniâtre ; elle était anémiée et très affaiblie. En présence des phénomènes douloureux et des métrorrhagies que ne pouvaient arrêter ni l'ergot ni les autres moyens médicaux mis en usage en pareil cas; eu égard aussi à l'âge de la malade (et c'est là un point important sur lequel nous aurons l'occasion de revenir bientôt), je résolus d'enlever les deux trompes et les deux ovaires.

L'opération fut pratiquée (10 mai 1887), et je dois dire qu'elle fut relativement pénible. Après avoir incisé sur la ligne médiane la paroi abdominale et le péritoine, je fis l'ablation des annexes des deux côtés. L'ovaire droit fut difficile à trouver ; après quelques recherches, je le rencontrai derrière l'utérus, au milieu des intestins et coiffé par le grand épiploon, qui le dérobait à mes recherches. Avant de suturer la paroi, je constatai que le pédicule du côté gauche était le siège d'une petite hémorrhagie due à la blessure d'une veine assez volumineuse par la broche porte-fil. Une ligature supplémentaire placée sur le point saignant arrêta l'hémorrhagie. Les suites de l'opération furent simples, et bientôt les hémorrhagies cessèrent.

Aujourd'hui la malade va très bien ; elle est débarrassée de ses douleurs et surtout de ses hémorrhagies, tout en conservant sa tumeur qui n'a pas diminué ; ainsi que je l'ai constaté dernièrement, janvier 1888.

Ce résultat est ici particulièrement intéressant, car l'abondance et la continuité de l'hémorrhagie, ainsi que l'agrandissement de la cavité utérine, indiquaient que la vie de cette malade étaient menacée.

Nous sommes ainsi conduits à rechercher comment les chirurgiens ont été amenés à extirper les ovaires pour combattre les métrorrhagies qui se produisent dans l'utérus.

De tout temps, les médecins avaient fait cette remarque qu'à un certain âge les règles s'arrêtaient. De plus, on avait remarqué qu'avec la ménopause coïncidait l'atrophie des ovaires, des trompes et de l'utérus; si on examinait ces organes chez une femme âgée, on les trouvait ratatinés. Ces notions, aujourd'hui devenues classiques, indiquaient nettement que l'ovaire jouait un rôle manifeste dans la congestion utérine.

On sait également que, si pour une raison quelconque, on enlève les ovaires, l'hémorrhagie menstruelle disparaît. Il existe encore deux autres faits d'observation : des métrorrhagies provoquées par la présence du fibrome chez des femmes jeunes diminuent souvent et disparaissent à l'époque de la ménopause, et l'on voit aussi les tumeurs elles-mêmes diminuer et même guérir, du moins cliniquement.

De ces différentes remarques à l'idée de pratiquer l'ablation des annexes et de détruire ainsi la cause probable des pertes, il n'y avait qu'un pas. Il était logique de songer à extirper les ovaires pour provoquer une ménopause prématurée, dans le but de faire bénéficier la femme des avantages qu'elle aurait tiré plus tard de la ménopause normale et physiologique. C'est ce qu'ont fait, les premiers, Hégar et Battey.

Inutile de vous dire que cette question ne s'est résolue que grâce aux progrès de la chirurgie abdominale, les ovariotomies très nombreuses et généralement couronnées de succès ayant montré qu'on peut impunément enlever les ovaires. L'opération de Battey prit, bientôt après ces essais, une extension considérable, quelques-uns prétendent même exagérée, et c'est alors qu'on put classer d'une façon méthodique les indications de la castration.

Les maladies pour lesquelles on a pratiqué la castration sont nombreuses, mais nous ne signalerons que les principales. On peut les ranger dans quatre classes qu'on peut décrire dans des paragraphes distincts.

1° Les corps fibreux ; ici on se propose un double but : arrêter les hémorrhagies et faire diminuer la tumeur, dont le volume est cause de douleurs vives ou d'accidents.

2° Les hémorrhagies utérines incoercibles, quelle que soit leur cause, pourvu que l'utérus ne soit pas malade d'une façon évidente.

3° Les névralgies ovariennes avec retentissement sur le système nerveux général, en y comprenant certains cas d'hystérie, d'épilepsie, de folie.

4° La dysménorrhée ; les imperforations congénitales ou acquises des organes génitaux qui empêchent le sang de s'écouler au dehors.

Fibromes. — Nous venons de voir que les fibromes

hémorrhagiques constituent une des meilleures indications de la castration.

Cette opération n'est pas grave ordinairement, surtout avec les nouvelles méthodes antiseptiques ; je n'oserais pas affirmer avec L. Tait qu'on ne devrait pas perdre une malade sur cent ; mais les résultats sont des plus encourageants et la mortalité est très faible. Voici une statistique prise dans la thèse de Tissier (1885): Sur 146 cas, on a noté sept fois seulement le retour des hémorrhagies, après un arrêt momentané ; trois fois il y eut retour des hémorrhagies, mais très atténuées, et, sur ce nombre, deux fois on n'avait enlevé qu'un ovaire, ou bien on n'a fait que la ligature ; dans d'autres cas, il est spécifié que du tissu ovarien était resté dans le pédicule. Vingt-neuf fois il y eut quelques pertes de sang, sans régularité ni gravité les premières semaines ou les premiers mois ; mais, en fin de compte, la ménopause s'établit ; vingt-six fois on ne parle pas de l'état de la menstruation, on se contente de la mention : guérison. Toutes les autres fois, la cessation des hémorrhagies est indiquée. Tels sont les résultats relatifs aux hémorrhagies ; vous voyez qu'ils sont très remarquables, surtout quand on tient compte du caractère particulièrement rebel de ces hémorrhagies.

Passons maintenant en revue ceux qui se rapportent au volume de la tumeur : Sur les 146 cas, trois fois on a noté que la tumeur n'avait pas diminué de volume ou avait augmenté ; soixante-six fois il est nettement indiqué qu'il y a eu une diminution rapide de la tumeur ; dans 71 cas, on a noté simplement la guérison et l'état satisfaisant de la malade.

Je ne veux pas insister sur ces questions de statistique, et surtout sur la diminution de volume souvent trompeuse et intermittente, mais je retiens avec vous l'effet utile produit sur les hémorrhagies.

La castration appliquée aux fibromes a trouvé des adversaires. Certains chirurgiens l'accusent d'être inutile, car, disent-ils, les hémorrhagies continuent souvent après l'opération. En outre, ajoutent-ils, dans le cas de fibrome polypeux intra-utérin, le sang provient directement de la muqueuse utérine irritée par la présence du fibrome ; l'opération ne peut donc avoir aucun résultat.

Enfin, la difficulté que l'on éprouve quelquefois à trouver les annexes a encore servi d'argument aux adversaires de la castration.

Je ne m'arrêterai pas à réfuter ces objections qui ont contre elles les nombreux succès obtenus depuis quelques années. Il suffit de choisir les cas favorables qui sont principalement les fibromes encore peu volumineux, avec cavité utérine augmentée d'étendue et saignante, mais sans que le fibrome fasse saillie dans son intérieur.

Hémorrhagies incoercibles. — Pour les hémorrhagies utérines, la castration est chose bien établie ; les femmes qui ont des pertes continuelles et inquiétantes doivent être traitées par ce moyen lorsque le raclage de la cavité utérine ou les cautérisations énergiques ont échoué. Je ne vous signalerai comme exemple qu'un cas que j'ai observé l'année dernière. M. Joffroy, médecin de cet hôpital, me présenta une femme de 45 ans qui avait des métrorrhagies considérables accompagnées de douleurs ovariennes. Ces phénomènes avaient retenti sur l'état général et la malade était pâle, amaigrie. L'examen de l'utérus fut négatif. Tous les traitements intra-utérins avaient échoué. Je proposai la castration qui fut acceptée par la malade : je pratiquai donc l'ablation des annexes de l'utérus qui étaient saines. L'opération réussit pleinement, les pertes et les douleurs ont disparu ; depuis la malade a toujours joui d'une excellente santé.

C'est là un exemple bien net de l'influence heureuse de la castration sur les métrorrhagies de cause inconnue. Je pourrais vous en citer plusieurs autres.

Si les pertes de sang reconnaissent pour cause une métrite hémorrhagique, on n'aura recours à la castration qu'après avoir essayé tous les autres moyens.

Mais il faut nous hâter d'ajouter que ce traitement énergique ne sera conseillé que dans les cas graves, menaçant la vie, et que plus la femme sera jeune, plus on devra se montrer circonspect.

Je ne discuterai pas le mécanisme de l'action produite par la castration ; je rappellerai seulement que quelques auteurs croient que cette action est le résultat de la ligature des artères et veines de l'ovaire, plutôt que le fait de l'ablation de l'organe. Mais ces vues théoriques ne doivent pas nous arrêter.

Névralgies : Phénomènes nerveux. — Les indications de la castration sont moins nettes lorsqu'il s'agit de névralgies ovariennes, d'accès hystériques, paraissant avoir l'ovaire pour origine, etc... C'est sur ces cas que porte la discussion, et ce point est devenu aujourd'hui une question pleine d'intérêt.

Vous pourrez observer des femmes qui ont au niveau de l'ovaire des névralgies rebelles et semblables à celles qu'on observe dans d'autres régions ; elles peuvent être guéries par l'oophrectomie.

J'ai, pour ma part, rapporté à la Société de Chirurgie, en 1885, l'observation d'une femme dont l'utérus était sain, chez laquelle il n'y avait pas de métrorrhagies, mais qui se plaignait de douleurs intolérables au niveau des ovaires. Je pratiquai la castration et la malade guérit. MM. Terrier, Pozzi et Lucas-Championnière ont rapporté des cas semblables.

Mais les cas vraiment intéressants sont ceux dans lesquels l'ovaire paraît être le point de départ d'une affection nerveuse, par exemple l'hystérie à point de départ ovarien, avec *aura ovarien*, si je puis m'exprimer ainsi. J'ai vu des malades chez lesquelles la compression de la région ovarienne déterminait une attaque d'hystérie ; vous savez, par contre, que cette même compression arrête souvent l'attaque commencée.

On a essayé la castration dans ces cas, et les chirurgiens ont beaucoup discuté cette indication de l'opération ; quelques-uns voulaient même opérer la plupart des hystériques. Je ne m'étendrai pas sur cette discussion ; ce que je veux vous faire comprendre avant tout, c'est de savoir si l'opération est praticable dans ces cas et quels en sont les résultats.

Olshausen a fait quatre fois l'opération pour des troubles nerveux ; dans un cas seulement il obtint un résultat satisfaisant.

Jourdan l'a faite six fois dans des cas de dysménorrhée accompagnée de douleurs ovariennes et de crises hystériques ; douleurs et crises ont promptement disparu après l'opération.

Priestley a vu dans un cas les douleurs et les crises nerveuses augmenter après l'opération et dégénérer en folie.

Ainsi donc, à côté de cas favorables, on en trouve qui ne sont pas faits pour encourager le chirurgien. Aussi, ne peut-on pas encore poser une loi générale ; d'ailleurs, ces cas sont très complexes. Je ne fais que vous signaler ce point sans le résoudre complètement. Pour le moment, mon opinion est que, si le point de départ ovarien

est bien net, on peut essayer d'intervenir. Malheureusement le plus souvent l'origine de la névralgie est centrale ; aussi la castration ne produit aucun résultat.

La castration dans l'épilepsie a donné quelques résultats favorables. L. Tait a signalé des cas d'épilepsie dont les accidents coïncidaient avec les règles et qui ont été guéris par la castration. Mais ici, encore, la question reste indécise.

Il en est de même pour la folie. Spencer Wells a fait quatre ovariotomies chez des folles; deux fois la folie s'est améliorée, et deux fois il y eut aggravation.

Je puis vous citer aussi un fait heureux qui m'est personnel. Une femme s'aperçoit un beau jour que son ventre augmente de volume ; elle va consulter un médecin qui diagnostique une tumeur intra-abdominale et conseille l'opération. Impressionnée par cette idée d'opération, la malade est prise de manie aiguë. Elle est envoyée, après quelques semaines, comme admise à la Salpêtrière dans le service de M. A. Voisin qui me présente la malade. Lorsque je l'examine, je constate l'existence d'un kyste de l'ovaire ; je pratique l'ovariotomie du côté malade et la castration du côté sain, avril 1887. Les premiers jours qui suivirent l'opération, il y eut une amélioration très nette, qui alla en augmentant et actuellement la malade est sortie de la Salpêtrière depuis six mois; elle a repris ses occupations ordinaires et elle est complètement guérie, ainsi que l'a constaté M. Voisin (1er mars 1888). Lawson Tait a rapporté quelques cas favorables de castration chez des folles.

Dysménorrhée. — Je ne fais que vous signaler l'intervention dans la dysménorrhée et les imperforations des organes génitaux. En ayant recours à la castration on prend un biais pour combattre ces affections ou plutôt leurs causes, c'est-à-dire qu'on supprime la source des hémorrhagies.

J'ai terminé avec cette esquisse très rapide des cas dans lesquels la castration a été pratiquée. Permettez-moi maintenant de vous rapporter les faits qui me sont personnels, et qui me permettront de discuter avec vous l'opportunité de cette opération. J'ai pratiqué actuellement neuf ablations des ovaires et des trompes, pour des cas variables qui m'ont donné les résultats suivants :

Cinq fois pour des fibromes volumineux et saignants. L'opération a amené une amélioration dans l'état général des malades et a arrêté les hémorrhagies presque complètement.

Trois opérations ont été pratiquées dans le but d'arrêter des hémorrhagies de causes inconnues, mais rebelles. L'une chez une femme de 45 ans, l'autre sur une femme de 25 ans, qui succombait à des métrorrhagies abondantes et continues, que ni le curage répété, ni le tamponnement intra-utérin ne pouvaient arrêter. Les pertes cessèrent aussitôt après l'opération dans ces deux cas. Dans un troisième cas, le résultat fut le même ; il s'agissait d'une malade chez lequel l'ovaire droit était atteint de sarcome au début.

Deux fois l'opération a été faite pour des phénomènes douloureux de l'ovaire avec accidents nerveux ; il y a eu amélioration réelle et complète chez l'une d'elles opérée actuellement depuis un an et demi ; le soulagement ne s'est pas maintenu chez l'autre ; mais il faut ajouter que chez cette malade l'indication était multiple, car elle souffrait dans la région des ovaires, dans la vessie et le rectum ; actuellement elle souffre encore dans la vessie. J'ajouterai que l'indication provenant des phénomènes douloureux doit être très rare et très restreinte.

Tel est le bilan des cas que j'ai eu à traiter ; ils me semblent assez encourageants, car ils montrent qu'on peut, dans des cas spéciaux et bien choisis, obtenir d'excellents résultats. Il m'est donc possible de tirer de ces faits, malgré leur petit nombre, cette conclusion que l'opération de Battey peut rendre de grands services, soit en agissant sur un élément douloureux, grave et persévérant, soit surtout en diminuant ou abolissant complètement des métrorhagies rebelles et graves et ayant résisté à la plupart des moyens employés en pareil cas.

Etudions maintenant l'opération avec toutes ses particularités.

Pour l'extirpation des ovaires deux méthodes sont en présence : la méthode vaginale et la méthode abdominale.

La première ne serait indiquée que dans les cas où l'ovaire proémine nettement dans le cul-de-sac de Douglas. En dehors de cette circonstance la méthode n'est que rarement recommandée.

Je l'ai employée avec succès sur une malade chez laquelle l'ovaire, tombé dans le cul-de-sac de Douglas, était le point de départ d'une irritation constante et très douloureuse au moment des règles. Mais je n'ai enlevé que l'ovaire gauche. L'autre n'était pas altéré ou au moins n'était pas douloureux. La malade guérit. Cependant ici il ne s'agit pas d'une castration véritable ; aussi je n'insiste pas.

L'opération classique consiste à aller à la recherche des ovaires par la voie abdominale, c'est-à-dire en pratiquant la laparotomie. L'opération comprend plusieurs temps : 1° Incision de la paroi abdominale et du péritoine ; 2° recherche des ovaires ; 3° ligature et ablation ; 4° fermeture de la plaie abdominale et pansement.

L'incision abdominale n'a pas toujours été pratiquée sur le même point : certains chirurgiens la font sur la ligne médiane, d'autres au-dessus de l'arcade de Fallope, et d'un seul côté, d'autres, des deux côtés ; cette double incision serait destinée à faciliter la recherche des ovaires. Mais il est actuellement une règle générale, c'est qu'on doit faire l'incision sur la ligne médiane, dans l'interstice des deux muscles droits, comme dans l'ovariotomie. Cette incision est au début aussi petite que possible ; mais si je suis gêné par la présence d'un corps fibreux ou par la rigidité de la paroi abdominale, je n'hésite pas à l'agrandir vers la partie supérieure, du côté de l'ombilic.

La paroi et le péritoine incisés, on va à la recherche des ovaires. Il faut, avant de procéder à cette recherche, repousser les intestins en haut avec une grosse éponge, afin d'être sûr de ne pas les blesser ou les contusionner.

La recherche des ovaires est ou très facile ou extrêmement difficile. Voici comment il faut procéder : on cherche la corne utérine, en se portant de dedans en dehors, en se dirigeant toujours vers la partie externe, c'est-à-dire vers l'ovaire; si celui-ci se trouve dans des conditions normales, vous sentez bientôt un petit corps dur qui vous donne une sensation spéciale et que vous reconnaîtrez, avec un peu d'habitude, n'être autre chose que l'ovaire.

Il s'agit maintenant de placer une ligature et d'extirper l'ovaire. Ici s'élève une discussion : faut-il n'enlever que l'ovaire ou vaut-il mieux enlever en même temps la trompe ? En un mot, l'ablation des annexes en entier, proposée par L. Tait, est-elle préférable à la simple castration ? Pour ma part, je crois que l'on doit imiter la conduite de L. Tait, car la trompe joue un rôle

parallèle à celui de l'ovaire dans les phénomènes de la menstruation. En tout cas, cette ablation de la trompe ne complique pas l'opération d'une façon notable ; aussi cette pratique devient une tendance générale chez la plupart des opérateurs.

Un fil double est indispensable pour la ligature du pédicule ; au moyen d'une aiguille mousse munie d'un chas, le chirurgien transperce le pédicule et ramène le fil double ; chacun de ces chefs est entrecroisé avec l'autre comme les anneaux d'une chaîne ; chaque anse est ensuite serrée et nouée avec soin.

Hégar recommande, en outre, d'appliquer toujours une seconde ligature simple, totale, au-dessous de la précédente. C'est ce que j'ai toujours fait depuis quelque temps, car il m'est arrivé deux fois de rencontrer des pédicules assez gros, avec une trompe volumineuse, qui donnaient un léger suintement sanguin après la ligature double. La troisième ligature supplémentaire suffit pour assurer l'hémostase parfaite.

La ligature faite et bien faite, vous sectionnez au-dessous en ayant bien soin de ne pas laisser une parcelle d'ovaire dans le pédicule. Cette dernière recommandation est très importante, car la moindre parcelle d'ovaire qui resterait pourrait entretenir un état fluxionnaire qui occasionnerait le retour de l'hémorrhagie. Aussi, si après la section on remarque une parcelle de l'ovaire restant dans le pédicule, il est indispensable de l'enlever entièrement et, au besoin, de faire une autre ligature plus bas que la première pour ne laisser aucune portion de tissu ovarien. La cautérisation de ces parcelles, proposée par certains auteurs, est inutile ou illusoire, car on ne sait à quelle distance porte la destruction; on risque donc de laisser quelques morceaux intacts sous l'escharre.

La même opération est pratiquée ensuite du côté opposé.

Avant de suturer la paroi, vous faites avec grand soin la toilette du péritoine avec des éponges, qui suffisent le plus souvent, car la quantité de sang fournie par l'opération a été presque nulle. Le lavage est rarement indiqué.

La castration n'est pas toujours une opération facile. Aussi permettez-moi d'insister sur quelques détails de l'opération. Tantôt la présence des fibromes gêne l'opérateur ou change les rapports des ovaires ; tantôt l'ovaire est difficile à pédiculiser et l'on est obligé de le tirailler, de l'extraire lentement et par des tractions douces et moderées en faisant, pour ainsi dire, un pédicule artificiel ; enfin il peut arriver quelquefois que l'ovaire est introuvable ou bien qu'il adhère de telle façon à l'utérus qu'il est impossible ou dangereux de l'enlever. Dans ce cas, il vaut mieux ne pas insister, car on s'exposerait à des hémorrhagies graves par déchirure des vaisseaux.

Rappellez-vous cependant qu'il ne faut jamais se décourager : souvent, au début de l'opération on est persuadé que l'ablation est impossible, mais avec de la patience, et tirant doucement, on constate que l'ovaire se détache petit à petit du fond du bassin et que bientôt il se pédiculise et devient abordable ; c'est là un point de pratique que je vous signale et qui a son importance.

Faite avec toutes les précautions désirables, l'ablation des annexes est une opération relativement inoffensive. Elle est moins dangereuse, pratiquée dans ces conditions, que certaines opérations réputées bénignes par nos maitres et pratiquées autrefois sans antisepsie.

En résumé, la castration, adoptée surtout pour les fibromes hémorrhagiques, est une opération dont les indications, laissées aujourd'hui à la discrétion des chirurgiens se classeront, plus tard, nettes et précises. En effet, deux facteurs règlent ces indications : non-seulement l'opération n'est pas dangereuse ordinairement, mais encore elle rend la vie supportable à des femmes continuellement tourmentées par des métrorrhagies et des douleurs violentes. Ces bienfaits de l'opération doivent surtout entrer en ligne de compte lorsqu'il s'agit de femmes de la classe pauvre, car chez ces malades les pertes et les douleurs rendent tout travail impossible.

CLINIQUE INFANTILE

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. le Dr **A. OLLIVIER**

Entérite tuberculeuse et tuberculose mésentérique. Une complication rare : Thrombose primitive de la veine cave inférieure (*fin*) (1).

Leçon rédigée par M. Marcel BAUDOUIN, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Ainsi donc, c'est la tuberculose qui est la cause de tout ce que nous avons observé chez cette petite malade. Comment cette tuberculose s'est elle développée chez cet enfant ? Il serait peu prudent d'attribuer dans ce cas un certain rôle à l'hérédité, en raison des renseignements qui nous ont été fournis. Cependant vous vous souvenez que les autres enfants ont présenté certaines lésions en rapport avec cette maladie.

Si nous n'osons pas invoquer l'hérédité, nous ne pouvons pas non plus accuser la tuberculose pulmonaire d'avoir été la cause de la tuberculose de l'intestin. L'infection tuberculeuse de l'intestin provient, dans ces cas, de ce que les malades avalent leurs crachats ; mais chez notre malade il n'est pas possible de songer à ce mode de contamination de la muqueuse intestinale. Nous n'avons pas trouvé, en effet, de signes de lésions pulmonaires avancées. L'estomac d'ailleurs, pourrait-on ajouter, n'est pas pris ; mais à cet argument il serait facile de répondre ; en effet, dans les cas de cette sorte, il est bien moins souvent atteint que l'intestin, les matières qui y pénètrent y séjournant très peu de temps.

Est-ce donc là une tuberculose intestinale acquise d'emblée ? Oui, et il ne nous reste plus qu'à incriminer l'alimentation, car nous sommes convaincu que la porte d'entrée a été, en grande partie, le tube digestif. Rappelez-vous que le lait acheté à Paris est souvent infecté par le bacille de la tuberculose ; que les vaches, saines à leur entrée dans Paris, y deviennent, vous ne l'ignorez pas, presque toutes tuberculeuses au bout de six mois de séjour à la ville. Les tubercules des pis sont très fréquents et les micro-organismes tombent avec facilité dans le lait lorsqu'on traie ces animaux. Il n'est même pas besoin d'admettre une lésion des pis ; certains vétérinaires affirment avoir vu des cas où le lait était tuberculeux, alors même que les pis étaient exempts de toute altération. — D'autre part, la viande ingérée est souvent tuberculeuse, malgré les précautions prises aujourd'hui dans les grands abattoirs.

Le pronostic est évidemment très grave ; on doit dire qu'il est fatal. La nutrition est absolument entravée et la thérapeutique impuissante. C'est là, Messieurs, ce qui fait l'extrême gravité de la phtisie intestinale. Ce n'est que dans quelques cas exceptionnels qu'on a observé la guérison de ces ulcérations tuberculeuses, et même dans ces cas on a constaté ultérieurement des ré-

(1) Voir *Progrès médical*, no 11, 1888.

trécissements de l'intestin, dont vous comprendrez facilement la formation si vous vous rappelez quel est l'aspect de ces ulcères tuberculeux, à grand axe transversal.

Quand la tuberculose siège dans le poumon, on doit la considérer comme bien moins grave. En effet, dans cette localisation, la guérison peut s'observer, et on ne doit point désespérer, tant que l'intestin n'est pas atteint. Plus on vieillit, plus on acquiert la conviction que la tuberculose pulmonaire peut guérir dans un certain nombre de cas.

Malheureusement, malgré les progrès croissants de l'hygiène et de la thérapeutique, les hommes continuent de plus en plus à se livrer à des excès de tout genre, à l'alcoolisme, etc., etc., c'est-à-dire à s'exposer aux causes capables de favoriser le développement d'une aussi redoutable maladie. Nous demeurons presque aussi impuissants que jadis et nous piétinons sur place. C'est pourquoi la tuberculose est encore aujourd'hui si commune et si grave.

Cette petite malade a succombé trois jours après, le 8 décembre. Voici la fin de cette intéressante observation :

Le 6, l'éruption de purpura gagne la moitié inférieure des deux cuisses. L'œdème cachectique des membres inférieurs s'étend à la paroi antérieure de l'abdomen, et la pression est douloureuse dans toute la partie inférieure du tronc, très notablement œdématiée. Sur la paroi antérieure du thorax et de l'abdomen on voit quelques veines sous-cutanées assez développées. La diarrhée persiste.

Le 7. L'œdème de la paroi abdominale antérieure a encore augmenté. On constate à la région épigastrique et sur la face antérieure du thorax, au niveau de la moitié inférieure du sternum, un groupe de *taches purpuriques*. Ce groupe est constitué : 1° par de petites taches du volume d'une tête d'épingle, assez confluentes, formant une série de petites plaques rouge-noirâtres, ayant les dimensions d'une pièce de 0,50 cent. environ, et situées à l'extrémité interne des 6e, 7e, 8e, 9e espaces intercostaux ; 2° Par d'autres taches groupées à l'épigastre au-dessus de la cicatrice ombilicale, mais moins confluentes. — Ces deux groupes sont reliés par une traînée de pétéchies très petites, éloignées les unes des autres, très pâles. Il y a une autre traînée analogue, au-dessous de l'épigastre, descendant jusqu'au pubis.

La malade se plaint d'une douleur au niveau de l'articulation de l'épaule, lors des mouvements du bras. L'amaigrissement est encore plus prononcé ; le visage a l'aspect vieillot, les traits sont tirés.

Le 8, la malade meurt dans le marasme.

L'AUTOPSIE a montré que le diagnostic porté pendant la vie était aussi exact que possible ; mais les lésions qu'on n'avait fait que soupçonner, faute de signes cliniques suffisants pour être très affirmatif, existaient à un degré plus considérable qu'on ne le pensait. Ceci montre combien l'organisme, surtout chez l'enfant, peut réagir de façons différentes, peu ou beaucoup, sous l'influence d'une affection donnée ; combien de modalités symptomatologiques le médecin peut rencontrer pour une même maladie. Voici d'ailleurs ce qu'on a trouvé à l'autopsie, pratiquée 24 heures après la mort.

Rien à noter pour la cavité crânienne. Les altérations n'existent que dans le thorax et l'abdomen, et surtout dans la partie inférieure du corps (1).

Le péricarde et le cœur sont absolument sains. Quelques ganglions trachéo-bronchiques sont tuméfiés ; mais aucun d'eux n'est tuberculeux. Les plèvres ne contiennent pas de liquide ; il y a quelques adhérences celluleuses, très peu résistantes, au niveau du bord antérieur des deux poumons. En ce point les poumons sont décolorés, emphysémateux. Malgré les signes de tuberculose très peu précis constatés pendant la vie, ces organes présentent des lésions dont la nature tuberculeuse ne laisse aucun doute. Des deux côtés, le lobe supérieur est infiltré de granulations grises. C'est à droite que les altérations sont plus marquées. En ce point, on note un certain nombre de petites cavernules ou des noyaux caséeux, du volume d'un petit pois environ ; les granulations tuberculeuses sont plus confluentes dans leur voisinage. Le tissu pulmonaire voisin est un peu induré. A la base des deux poumons, on note une légère congestion hypostatique.

L'examen des organes de la cavité abdominale est fait avec soin. Il n'y a aucune trace d'inflammation péritonéale, mais une certaine quantité de sérosité citrine occupe tout le petit bassin. Le foie est un type de foie gras tuberculeux, mais on n'y trouve aucun tubercule, ni à la surface ni dans l'organe lui-même. La rate, les reins, les organes génitaux internes (ovaires, utérus, trompes) ne présentent aucune altération.

Les lésions abdominales sont les suivantes : 1° *Tuberculose mésentérique ; 2° Tuberculose intestinale ; 3° Thrombose de la veine cave inférieure.*

1° En enlevant la masse intestinale, on rencontre dans le mésentère un gros paquet de *ganglions tuberculeux*, de coloration jaunâtre, placé à l'origine des feuillets séreux formant ce méso. Ces ganglions, accolés les uns aux autres, sont gros comme des noisettes, et forment par leur réunion une tumeur mamelonnée, aplatie d'avant en arrière, mesurant une dizaine de centimètres de haut en bas et presque autant transversalement. Elle est placée au devant de la veine cave inférieure et de l'aorte, immédiatement au dessous du pancréas et de la 3e portion du duodénum. Chaque ganglion à la coupe parait atteint dans toute son étendue ; aucun d'eux n'est ramolli. On ne voit pas nettement, partant de cette masse ganglionnaire, des lymphatiques moniliformes suivre la direction des vaisseaux mésentériques pour gagner l'intestin ; cependant, en certains points, on peut à l'œil nu soupçonner l'existence de lymphatiques malades.

2° L'estomac est dilaté, remplit presque tout l'hypochondre gauche et ne présente pas de lésions. Mais l'*intestin grêle* détaché et ouvert montre un grand nombre d'ulcérations tuberculeuses ayant leurs caractères habituels : forme ovalaire ou elliptique, à grand axe transversal, assez espacées les unes des autres, ne siégeant pas en général au niveau des plaques de Peyer. Cependant quelques-unes empiètent sur certaines de ces plaques qui elle sont une direction verticale, longitudinale. Les ulcérations sont surtout localisées dans la dernière partie de l'iléon. Il y en a quelques-unes au voisinage de sa terminaison dans le gros intestin, qui est absolument sain, de même que le rectum. Ces ulcérations se traduisent à la surface péritonéale de l'intestin grêle par des taches de coloration foncée, plus ou moins rougeâtres; elles sont parallèles entre elles, et plus ou moins longues ; aucune ne forme un anneau complet. Çà et là on trouve des ulcérations très petites, à peu près arrondies.

3° On recherche alors les lésions vasculaires qui ont pu causer la double phlegmatia alba dolens du début.

L'aorte abdominale, isolée la première, est trouvée saine dans toute son étendue, comme d'ailleurs l'aorte thoracique.

La veine cave inférieure est découverte avec soin depuis le point où elle pénètre dans la cavité thoracique à travers le diaphragme jusqu'à son origine ; la dissection est poursuivie du côté des deux membres inférieurs, et les veines iliaques primitives, iliaques interne et externe, fémorale, poplitée même, sont mises à nu. On incise leur paroi et on constate l'existence de caillots d'aspect différent, suivant les régions considérées.

C'est ainsi qu'un peu au-dessous du foie, la veine cave inférieure est absolument oblitérée dans une étendue de 6 à 8 centimètres par un caillot fibrineux, jaunâtre. On dirait

(1) Il n'y a rien à dire de spécial sur les taches purpuriques constatées pendant la vie et d'origine cachectique.

*

un cylindre de fibrine à la surface duquel les parois de la veine seraient accolées ; ce caillot, d'origine évidemment ancienne, correspond comme siège exactement à la masse des ganglions tuberculeux, dont la partie profonde était en rapport immédiat avec la paroi antérieure des vaisseaux veineux. Le centre en est un peu grumeleux, ramolli en un ou deux points ; mais sa surface est très résistante. Elle simule une sorte de coque en certains points, surtout au niveau de ceux où le caillot est friable, désagrégé ; mais il n'y a pas de canalisation secondaire. Il est facile de l'isoler des parois de la veine, et on ne trouve que de très fins tractus celluleux allant des tuniques veineuses à ce caillot. Il s'agit bien là d'un caillot dû à une thrombose et non pas consécutif à une phlébite. L'extrémité supérieure de ce caillot fibrineux correspond à l'embouchure des deux veines rénales, dans lesquelles il n'y a aucune collection sanguine. Son extrémité inférieure est distante de 2 à 3 cent. du point de réunion des deux veines iliaques primitives. Les parois de la veine cave ne sont pas malades à son niveau ; en aucun point on ne trouve une altération pouvant faire penser à la phlébite : elles ne sont pas épaissies ; il n'y a pas de tractus fibreux solides, qui en partent pour s'enfoncer dans le coagulum, etc. A l'œil nu, les tuniques ne paraissent présenter aucune lésion tuberculeuse (1).

Au-dessus de ce caillot fibrineux, il y a, dans la partie de la veine-cave inférieure située près du foie et dans le foie, un caillot rougeâtre, très mou, bien moins volumineux, ne remplissant pas tout le canal veineux, à extrémité inférieure accolée à la partie supérieure du caillot ancien, et se terminant en haut par une pointe assez effilée. Il va jusqu'à l'origine des veines sus-hépatiques, mais n'y envoie pas de prolongements. Son aspect est tout différent du caillot précédemment décrit ; il paraît surajouté récemment au caillot ancien. Il est extrêmement friable, a une longueur de 2 cent. environ et les dimensions d'une petite plume d'oie à sa partie inférieure.

Au-dessous de ce même caillot fibrineux, un long thrombus s'étend de la partie inférieure de la veine-cave aux deux veines poplitées ; il est assez volumineux en haut, mais très effilé et très grêle dès la partie terminale des fémorales. Il occupe de chaque côté les veines iliaques primitive, iliaque externe, fémorale et même la poplitée. Ce caillot envoie de fines ramifications dans la plupart des rameaux veineux qui viennent se jeter dans les veines ci-dessus désignées (2), mais le thrombus droit n'a pas la même constitution que le gauche dans toute son étendue. En effet, au niveau de l'extrémité supérieure de la veine fémorale de ce côté, un point paraît plus jaunâtre, plus ancien (3) Au-dessus et au-dessous de cette portion du thrombus, le reste du caillot à droite a le même aspect que le thrombus des veines du côté gauche.

En résumé, on trouve dans le système veineux de la veine cave inférieure : 1° deux thrombus anciens, l'un au niveau de la partie moyenne de cette veine, l'autre à l'extrémité supérieure de la veine fémorale, celui-là bien plus jeune ; 2° des caillots récents au-dessus et au-dessous de ces deux thrombus.

Nous n'insisterons pas sur les lésions de l'intestin et des ganglions mésentériques ; elles ne présentent rien de particulier. Il est plus intéressant de se demander comment et dans quel ordre les lésions veineuses que nous venons de décrire se sont développées, comment elles ont pu amener les symptômes observés pendant la vie, d'autant plus qu'il est assez rare d'observer une complication semblable dans la tuberculose entéro-mésentérique. (Cf. Girode, thèse 1888).

La *thrombose de la veine cave inférieure* est évidemment une conséquence de cette tuberculose entéro-mésentérique. Mais comment et par quel mécanisme s'est-elle produite? C'est là une question importante à discuter. La constitution du caillot et l'état des parois de la veine montrent qu'il s'agit bien là d'un thrombus vrai, et qu'il faut écarter d'emblée toute idée de phlébite secondaire ou primitive. Mais quel a été le mode de formation de ce thrombus ? Est-il d'origine *cachectique*, c'est-à-dire dû à une altération du liquide sanguin ; ou bien est-il *mécanique*, c'est-à-dire dû à la compression du canal veineux par la tumeur constituée par la réunion des ganglions mésentériques tuberculeux ? Nous pensons qu'il faut se rattacher à cette dernière hypothèse pour les raisons que nous allons exposer. Nous le croyons d'origine mécanique : 1° parce que le point où s'est développée la coagulation sanguine, où paraît se trouver la partie la plus ancienne du thrombus correspond exactement au point où étaient placés les ganglions augmentés de volume et malades ; 2° parce que la tumeur mésentérique était accolée sur la partie antérieure de la veine, l'appliquait et la pressait dans une certaine mesure sur la colonne vertébrale ; il n'est pas nécessaire, en effet, que la veine ait gardé l'empreinte d'une compression, pour que ce mécanisme puisse être incriminé ; 3° parce que le thrombus cachectique se produit presque toujours au niveau de l'éperon de séparation des iliaques primitives et non pas à la partie moyenne de la veine cave inférieure. « Les cas de compression sont à peu près les seuls où une concrétion sanguine se forme primitivement dans la veine-cave inférieure (Raynaud) (1). » Il s'agit donc pour cette veine d'une thrombose mécanique. Cette complication de la tuberculose entéro-mésentérique est loin d'être aussi fréquente qu'on pourrait le croire, et des recherches bibliographiques nous ont montré qu'on n'en connaissait que quelques cas (Bouillaud, Andral, Rilliet et Barthez, Steiner, etc.). M. Lancereaux (2) insiste surtout sur les thromboses mécaniques dues aux tumeurs d'origine cancéreuse et ne fait que citer en passant l'influence de la tuberculose mésentérique.

Il n'en est plus de même pour la thrombose de la fémorale ; celle-ci, pour des raisons sur lesquelles il nous semble inutile d'insister, nous paraît être d'origine cachectique, et développée postérieurement à celle de la veine cave. C'est elle qui permet de comprendre l'apparition de la phlegmatia alba dolens, d'abord à droite puis à gauche, par le mécanisme déjà indiqué. Nous croyons, en effet, que la thrombose de la veine cave inférieure n'a rien à voir avec cette complication. Le tronc de cette veine était depuis longtemps obturé, quand la fémorale a été atteinte.

Quant aux caillots récents, le mécanisme de leur formation est facile à comprendre et ne présente ici rien de particulier.

L'oblitération des deux tiers inférieurs de la veine cave inférieure, comme c'est le cas pour cette observation, n'a été observée que très rarement ; ordinairement en effet le coagulum n'occupe que le tiers supérieur ou le tiers inférieur. Aussi eut-il été intéressant de voir comment le sang avait pu se frayer une voie supplémentaire pour retourner au cœur ; malheureusement la circulation collatérale qui devait forcément exister n'a pu être étudiée avec soin dans ce cas, et d'ailleurs le développement, quelque temps après, d'une thrombose des fémorales, avait trop modifiée la circulation veineuse dans

(1) Il faut avouer que l'examen histologique n'a pas été fait. M. Verneuil a vu un cas de tuberculose des parois de la veine-cave inférieure (*Bull. Soc. An.*, 1853) et on pourrait se demander si une telle lésion ne pourrait pas causer une thrombose, au même titre que la dégénérescence cancéreuse des parois veineuses.

(2) On n'a pas examiné la veine hypogastrique avec beaucoup de soin.

(3) Ajoutons toutefois qu'il est certainement plus récent que le caillot fibrineux de la veine cave inférieure.

(1) Raynaud. (M.). — Art. *Veine cave* ; in *Dict. de méd. et de chir. pratiq.*

(2) Lancereaux. — Art. *Veines caves* ; in *Dict. Enc. des Sc. méd.*

la partie inférieure du tronc pour que ce travail eût pu donner des résultats absolument démonstratifs.

On a prétendu bien à tort (Hallet) que cette sorte d'oblitération (deux tiers inférieurs de la veine) était spéciale à la grossesse. Notre cas, avec celui de Legendre, et peut-être bien d'autres, prouvent qu'il y a là une exagération manifeste. (M. B.)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Ouverture des Cours d'Été à la Faculté de médecine de Paris.

Cours de médecine légale : M. Brouardel.

Presque toujours, dans les facultés étrangères, la chaire de *Médecine légale* porte en même temps le titre de chaire de *Jurisprudence médicale*. En France, nous n'avons rien de semblable. Cependant depuis plusieurs années, M. le Pr Brouardel a consacré une partie de son enseignement aux rapports du médecin avec le Code pénal et avec le droit civil. Nos lecteurs se souviennent du succès qu'obtinrent, il y a deux ans, les leçons du savant professeur sur le secret médical, les polémiques auxquelles elles donnèrent lieu dans la presse et de l'accueil qu'elles reçurent auprès de tous les praticiens. Cette année, dans les deux cours qui précèdent les vacances de Pâques, M. Brouardel s'est proposé l'étude d'une autre question au moins aussi délicate de la jurisprudence médicale : il s'agit de la responsabilité du Médecin. Lundi dernier, à quatre heures, dans sa leçon d'ouverture, l'éminent doyen a résumé, avec la clarté qui est le charme de son enseignement, l'état des législations étrangères, anciennes et modernes, à l'égard de nos fautes professionnelles. La loi française, elle, est à peu près muette sur ce sujet : aussi un vieil auteur disait-il, en parlant des médecins : « Le soleil éclaire leurs succès, la terre couvre leurs fautes. » Mais qu'est-ce que la faute d'un Médecin? Où commence-t-elle ? Comment peut-on la déterminer et qui la déterminera? Ces questions sont tellement embarrassantes qu'il ne s'est jamais trouvé un législateur pour leur donner une véritable solution. Dans l'ancienne Égypte, il existait une sorte de codex dont les prescriptions étaient obligatoires pour le médecin sous peine de châtiment : en France, la loi semble laisser le médecin seul avec sa conscience. Mais, à défaut d'une loi précise, nous avons une jurisprudence qui peut atteindre la responsabilité médicale : lorsqu'il y a faute grave de notre part, nous pouvons être poursuivis soit devant le tribunal civil, à la requête de notre victime; soit devant le tribunal correctionnel, à la requête du Procureur de la République. Malgré la jurisprudence, la difficulté reste entière : quand, en effet, y aura-t-il faute grave de la part du Médecin? Qui le démontrera au tribunal ? Est-ce le Conseil de discipline dont beaucoup de confrères demandent aujourd'hui la création ? M. Brouardel signale tous les inconvénients de ce dernier système : il redoute, pour les petites localités, la *pessima invidia medicorum*; il combat cette opinion que le nombre des juges garantit l'impartialité de leur jugement; il demande que nous ne soyons pas jugés par des tribunaux spéciaux, que nous soyons renvoyés devant les tribunaux ordinaires. C'est à ceux-ci de nommer un expert pour éclairer leur religion sur les questions techniques échappant à leur compétence.

En résumé, M. Brouardel repousse la création des Conseils de discipline. Il démontre que l'analogie qu'on a voulu établir entre l'avocat et le médecin est de tous points inexacte : les actes de l'avocat sont publics, les nôtres sont secrets. Il semble, du reste, avoir amené à son opinion ses nombreux auditeurs de lundi. Nous resterons donc justiciables des tribunaux ordinaires : mais de quoi serons-nous justiciables? C'est ce que M. Brouardel nous apprendra dans sa leçon de vendredi.

Le cours du mercredi a lieu, comme d'habitude, à la Morgue.

Cours d'hygiène : M. le Pr Proust.

En commençant son cours, M. le Pr Proust rappelle les deux phases par lesquelles a passé l'hygiène depuis un demi-siècle. Dans la première on trouve deux grandes figures : Bouchardat, qui a établi les règles de la prophylaxie, et Fauvel qui s'est surtout attaché au côté international de l'hygiène; c'est lui qui, chargé de représenter la France à Constantinople, a vaillamment défendu l'Europe contre le choléra en faisant prendre des mesures sanitaires, soit du côté de la mer Rouge, soit du côté de la mer Caspienne. Avec la période actuelle, se place en tête M. Pasteur enseignant le rôle des micro-organismes dans la transmission des maladies, et une nouvelle prophylaxie basée sur la vaccination.

Depuis quelque temps, dans toutes les parties de l'enseignement, on cherche à instruire le plus possible par les yeux. Convaincu de l'excellence de cette méthode, M. Proust a fait créer un *Musée d'hygiène*, dont l'inauguration aura lieu dans un des prochains cours (1). De nombreuses objections lui ont été posées à ce propos ; on a allégué que les appareils d'hygiène n'avaient pas besoin de démonstration et que les applications de cette science tombaient dans le sens commun ; mais si on n'expérimente pas, il n'y a aucun progrès possible. Enfin on a incriminé les frais d'un musée; mais c'est plutôt une économie, dit l'orateur, si l'on songe qu'en faisant des essais préparatoires, les architectes connaissant les principes de l'hygiène du bâtiment, n'auraient pas oublié à l'Ecole pratique les ouvertures nécessaires à la ventilation des salles, pour le jour où il faudra établir des appareils de chauffage et d'éclairage. Dans ce musée, on a réuni tous les appareils indispensables pour le dosage de l'eau potable, son examen, pour le dosage de l'air, etc...

En passant, l'orateur fait une digression à propos des eaux potables de la ville de Paris et de ses égouts. Il montre que c'est cette ville qui possède avec Vienne la meilleure eau. Quant aux égouts, on sait combien nombreuses ont été les discussions sur ce sujet, à propos de l'irrigation des champs par les eaux qui en proviennent. Cette question a été longuement traitée et vaillamment défendue dans les colonnes de ce journal et même à la Chambre des députés par notre rédacteur en chef.

M. Proust expose comment se fait la combustion des matières animales des eaux d'égout, en présence de la terre contenant les micro-organismes décrits par Schlesig et Muntz. A Berlin, toute l'eau d'égout est employée à irriguer 5,528 hectares de terrain, sur lesquels on cultive des légumes, des céréales, etc. Sur ces points de culture, les maladies contagieuses ne sont pas plus nombreuses qu'ailleurs, faits qui font tomber les raisons alléguées par les contradicteurs du système de l'irrigation. L'orateur montre par des faits irrécusables que le *tout à l'égout* est le meilleur système de vidanges et que le meilleur mode de se débarrasser des vidanges et des eaux d'égout, c'est incontestablement l'*épuration par le sol avec utilisation agricole*.

La plus grande partie du cours de cet été sera employée à l'*étude des aliments*.

(1) Voir *Progrès médical*, 1882, pages 893, 935 ; 1883, p. 805 ; 1886, t. III, p. 220, etc...

Cours d'histoire naturelle (*Botanique*) **: M. le Pr Baillon.**

Pour ne pas manquer aux vieilles traditions de l'Ecole, le cours de M. Baillon s'est ouvert au milieu des cris, des sifflets, accompagnés de plaisanteries d'un goût douteux, et du refrain de la chanson à la mode. Au milieu de ce tumulte, l'orateur n'en a pas moins commencé son cours avec le calme qui ne lui fait jamais défaut. Il a invité les étudiants à apprendre, avec plus de soin qu'on ne le fait généralement, la botanique dont l'étude est nécessairement liée à la connaissance des propriétés des plantes et à la thérapeutique. Il a insisté sur ce point, déplorant combien à la Faculté de Paris, on laissait de côté ces connaissances pourtant indispensables au médecin.

M. Baillon, dans cette première leçon, a exposé des idées générales sur les fonctions et les réactions de la cellule végétale au premier âge ; ce phytoblaste possède une consistance mucilagineuse, et sa substance est azotée ; il a donc les mêmes propriétés que l'animal. En effet, il est attaqué, comme la substance de ce dernier, par les réactifs alcalins et au premier chef par l'ammoniaque, auquel plus tard il résistera ; cette masse possède un mouvement de translation, qu'on peut comparer en quelque sorte aux contractions musculaires ; enfin, elle possède des canaux ressemblant à ceux de la circulation animale.

Le professeur énumère toutes les propriétés de cette cellule, et il montre, avec Lamarck, combien il est utile d'étudier la structure intime des végétaux et non pas seulement leur enveloppe. La connaissance approfondie du phytoblaste nous fait découvrir en lui une multitude de substances utiles, soit pour l'alimentation de l'homme et des animaux, soit comme médicaments. Aussi, M. Baillon se propose-t-il, en continuant cette étude de la cellule végétale, d'exposer les diverses propriétés thérapeutiques qu'elle comporte suivant les plantes auxquelles elle appartient.

Cours de pharmacologie : M. le Pr Regnauld.

M. le Pr Regnauld fera ses leçons, cette année, sur l'histoire des médicaments ayant pour base les métaux. Son précédent cours avait été consacré aux alcaloïdes. Les deux premières leçons porteront sur des généralités. M. le Pr Regnault entre immédiatement dans son sujet et dit tout d'abord ce que l'on doit entendre par médicaments : drogues simples, bases médicamenteuses. Il étudie ensuite les médicaments sous leur forme d'administration. La première méthode est la voie d'ingestion ou voie gastro-intestinale. La seconde est basée sur la respiration ; c'est la méthode d'inhalation ; elle a été relativement limitée jusqu'en 1846, époque où l'on commença à faire inhaler aux malades des vapeurs d'éther. Le protoxyde d'azote, au commencement du siècle, avait donné l'occasion à Murphy Davy de faire des expériences d'anesthésie qui n'eurent pas de suite. En Amérique on introduisait alors le chloroforme. M. Regnauld rattache à cette seconde méthode les fumigations et les pulvérisations. Le troisième mode d'administration des médicaments est la méthode cutanée. Dissous dans l'eau, les médicaments ne sont pas absorbés, alors qu'ils le sont rapidement à l'aide de l'axonge, de la vaseline, etc. La méthode hypodermique, qui date de 1846, est réellement dû au Dr Wood (de Dublin), qui eût l'idée d'injecter des solutions de substances diverses. Enfin le professeur cite pour mémoire la méthode intra-veineuse qui, outre ses dangers, n'a pas de raison d'être en présence de la méthode hypodermique ; il termine en annonçant la fin des généralités à la prochaine leçon.

Conférences de chimie médicale : M. Villejean professeur agrégé.

M. Villejean, agrégé, a commencé ses conférences dans le petit amphithéâtre de la Faculté, devant un nombreux auditoire. Les leçons rouleront cette année sur la chimie organique. Le professeur a consacré sa première leçon aux généralités, montrant comment l'on apprend à caractériser les corps, non seulement par une analyse immédiate, mais par la densité de sa vapeur, son point de fusion, de volatilisation, etc. En partant des éléments carbone, hydrogène, oxygène, il montre comment l'on peut par synthèse remonter aux corps les plus connus. Il cite à ce sujet la synthèse de l'acide citrique faite par Grimaux et Adam.

Peut-être aurait-il mieux fallu citer la synthèse classique de l'urée, la première faite en chimie, au lieu d'entrer même brièvement dans des détails impossibles à suivre pour des étudiants en médecine au sujet d'une synthèse douteuse. Puisqu'on a voulu, par raison budgétaire, transformer les anciens cours complémentaires en conférences, il nous semble qu'il y aurait tout lieu de faire pour les étudiants de véritables conférences, dans lesquelles toutes les matières des examens leur passeraient sous les yeux. S'ils veulent plus de détails, les étudiants les trouveront dans les ouvrages. Que les agrégés, dont les cours sont suivis, laissent à certains professeurs le soin de faire devant des banquettes vides des cours didactiques dont on ne voit jamais la fin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 mars 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. Mayet décrit les *éléments figurés du sang leucocythémique*. Les trois ordres de globules blancs constatés par les différents observateurs correspondent à trois degrés de l'évolution des leucocytes : globules embryonnaires, globules adultes, globules en état de régression. Les éléments nucléés à hémoglobine ne sont que des leucocytes ayant englobé des hématies. Les hématies, réduites de nombre, sont absolument normales. La maladie est essentiellement caractérisée par l'hyperproduction, dans les organes lymphoïdes de la rate, de leucocytes embryonnaires dont une partie seulement peut acquérir les propriétés normales. Il existe en outre dans le sang des éléments sphériques, très petits, qui paraissent être des microorganismes ou des spores.

MM. Mairet et Combemale continuent leurs *recherches expérimentales sur l'intoxication chronique par l'alcool*. Cette intoxication donne lieu, chez le chien, à des poussées délirantes avec des idées de peur. Bientôt se manifeste de l'affaiblissement intellectuel : puis surviennent des troubles musculaires d'ordre ataxique et paralytique, débutant par l'arrière-train et se généralisant rapidement, comme dans la paralysie générale. A l'autopsie, on trouve les lésions principales de cette dernière maladie (inflammation diffuse méningo-encéphalique et dilatations vasculaires des centres cérébraux).

M. de Lacaze Duthiers, établit, d'après ses recherches sur le système nerveux des Gastéropodes, une *nouvelle classification de ces mollusques*. C'est le principe des connexions du système nerveux qui lui sert de guide dans cette classification.

MM. Berthelot et André étudient *le phosphore et l'acide phosphorique dans la végétation*.

MM. A. Gautier et Drouin font connaître les résultats de leurs *recherches sur la fixation de l'azote par le sol et les végétaux*.

M. Paquelin décrit un *nouvel Eolipyle* fonctionnant avec l'essence minérale et donnant un jet de feu qui fond l'argent des monnaies, le cuivre rouge et l'or.

Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 17 mars 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

MM. CHARRIN et ROGER décrivent une forme de pseudo-tuberculose bacillaire. A l'autopsie d'un cobaye mort spontanément, ils ont trouvé le foie et la rate remplies de granulations analogues à celles de la tuberculose, tout au moins à l'œil nu. Ils ont isolé un bacille mobile qui se développe facilement sur la gélatine, l'agar, la pomme de terre, mais non dans les milieux glycérinés si favorables à la culture du bacille tuberculeux. Inoculé sous la peau du lapin, il produit une tumeur locale bientôt suivie d'adénopathie. La mort survient vers le 13e jour, et, à l'autopsie, on trouve des granulations nombreuses dans le foie et la rate et dans un 5e des cas dans les reins. L'injection poussée dans la plèvre développe une pleurésie séro-fibrineuse, et, à l'autopsie, on trouve les lésions habituelles du foie et de la rate. Ce microbe est pathogène pour le cobaye et la souris: il reste sans effet chez le chat, le chien et l'âne. La maladie qu'il détermine diffère complètement de la tuberculose et doit prendre rang parmi les pseudo-tuberculoses, à côté de celles jusqu'ici décrites et dont il s'éloigne par nombre de caractères. De plus, elle est inoculable en série; ce caractère ne peut donc être invoqué pour affirmer la nature tuberculeuse d'une maladie: il en indique seulement la nature parasitaire.

M. G. FERRÉ (de Bordeaux) communique le résultat de ses recherches qui l'ont amené à la conception de l'unité séméiologique et pathogénique de la rage, ce qu'il formule dans les conclusions suivantes: 1° La rage des rues et la rage paralytique données par trépanation sont identiques au point de vue séméiologique, puisqu'elles présentent les mêmes phases. 2° La période d'excitation dans cette rage paralytique se traduit par une accélération de la respiration. 3° Cette accélération paraît devoir être attribuée à l'envahissement par le virus des centres qui tiennent la respiration sous leur dépendance. 4° Ces deux formes de rage présentent donc des points d'identité pathogénique, puisque l'une et l'autre débutent par des accidents d'origine bulbaire.

M. CHAUVEAU, rappelant les difficultés d'ordre anatomique que Cl. Bernard a éprouvées dans son étude des nerfs sécrétoires de la parotide, dit que M. MOUSSET (d'Alfort) a découvert chez les grands ruminants une disposition particulière de ce nerf qui rend cette étude très facile. Le nerf sécrétoire vient du buccal et sa position superficielle et son volume font qu'on n'éprouve aucune difficulté à le découvrir.

M. BROWN-SÉQUARD parle de l'irrégularité des douleurs dites *sympathiques*. C'est ainsi qu'il a souvent observé un malade chez lequel la congestion hépatique suivi d'ictère s'accompagne d'une douleur dans l'épaule *gauche*. Dans un autre cas, les douleurs existaient tantôt à droite, tantôt à gauche. De même, la rougeur de la pommette peut précéder la pneumonie. Ce sont là des effets de l'influence cérébrale qui se diffuse sans se laisser influencer par l'entrecroisement des pyramides.

Revenant sur le rôle de l'inhibition dans la production des paralysies consécutives aux sections nerveuses. Brown-Séquard rappelle que Magendie a observé des paralysies à la suite de la section ou de l'irritation de certains filets du trijumeau; de même, Velpeau avait vu se produire, à la suite d'une simple piqûre de la moelle, tous les phénomènes de l'hémi-section. Ce sont là des faits d'inhibition qui trouvent également leur place dans l'interprétation pathogénique des paralysies diphtéritiques.

M. DÉJERINE répond que la paralysie diphtéritique est due à des névrites périphériques nettement constatées. On note toutefois, lorsque l'amélioration apparaît, un amendement extrêmemement rapide des symptômes paralytiques.

M. BABINSKI pense que dans les cas de névrite segmentaire péri-axile décrit par M. Gombault, il est impossible de songer à interpréter les paralysies à l'aide des phénomènes inhibitoires.

M. CHAUVEAU dit qu'au moyen des tracés graphiques obtenus en excitant le nerf sciatique sectionné d'une grenouille, on constate nettement l'influence dynamogénique du cerveau. GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 mars 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD

M. JEANNEL (de Toulouse) lit *une étude sur la pathogénie du délire iodoformique*. En dehors des cas où l'iodoforme est employé, sous forme de pansement, à des doses excessives, lorsque cet agent est manié par le même chirurgien, de la même façon chez tous les blessés, des accidents cérébraux, tels qu'un délire calme et passager ou même un véritable délire maniaque prolongé et définitif, peuvent éclater. Dans tous les cas où M. Jeannel a observé les susdits accidents, les blessés étaient atteints d'une tare cérébrale antérieure; c'étaient des malades (alcoolisme ou méningite chronique), des aliénés ou des candidats aliénés. Formulant en équation le résultat de ses observations, M. Jeannel établit: 1° Traumatisme, pas de tare constitutionnelle; pansement à l'iodoforme, pas de délire. 2° Traumatisme, tare constitutionnelle non cérébrale, pansement à l'iodoforme: pas de délire. 3° Traumatisme, tare cérébrale, pansement non à l'iodoforme: délire chez les malades (méningite, alcoolisme), pas de délire chez les aliénés. 4° Traumatisme, tare cérébrale, pansement à l'iodoforme: délire d'intensité variable.

M. LEREBOULLET lit un travail intitulé: *Réflexions sur l'origine et la destinée des mots du vocabulaire médical.*

M. PANAS présente, au nom de M. Kalt, un procédé de *traitement du kératocône*. Ce traitement consiste dans l'emploi de coques de verres de la grandeur des coques d'émail qui servent à la prothèse oculaire et d'un rayon de courbure voisin de celui de la cornée.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ communique les *résultats obtenus par la méthode Pasteur chez les personnes mordues par des animaux enragés, dans le département de la Seine, durant l'année* 1887. Neuf cas de rage ont été constatés, parmi lesquels deux avaient été traités par les inoculations antirabiques. 306 personnes, habitant le département de la Seine, se sont présentées à l'Institut Pasteur pendant l'année 1887; 64 avaient été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement; 199 par des animaux dont la rage a été attestée par des certificats de vétérinaires; 43 par des animaux sur lesquels on n'avait aucun renseignement. Sur ces 306, il y a eu deux décès, ce qui fait une mortalité de 0,65 0/0. Si on retranche de ces 306 personnes les 43 mordues par des animaux sur lesquels on n'a aucun renseignement, on arrive alors au chiffre de 263 personnes mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement ou par des vétérinaires, qui ont fourni 2 décès, ce qui fait une mortalité de 0,76 0/0. — 44 personnes mordues par des chiens enragés ne se sont pas présentées à l'Institut Pasteur; elles ont fourni 7 décès, ce qui fait une mortalité de 15,90 0/0. Ces deux chiffres, mortalité de 15,90 0/0 pour les personnes non traitées, et de 0,76 0/0 pour les personnes traitées, proclament la valeur de la méthode des inoculations.

A l'occasion de ce rapport, une commission académique, composée de MM. Féréol, Dujardin-Beaumetz et Leblanc, formule les conclusions suivantes: « L'Académie, considérant que le nombre des cas de rage canine ne cesse d'augmenter dans le département de la Seine et même dans la France entière; que, par suite, le nombre des personnes mordues suit une progression croissante, est d'avis qu'il y a lieu de rappeler aux pouvoirs compétents les conclusions adoptées en 1885 par l'Académie sur cette question, et, en conséquence, réclame l'adoption des mesures suivantes: 1° utilisation du personnel des gardiens de la paix, ou, à son défaut, création d'un personnel spécial; 2° obligation de faire porter aux chiens une médaille constatant le paiement de la taxe, médaille dont le modèle variera chaque année; 3° application rigoureuse des articles 53 et 54 du décret du 22 juin 1882.

Ces conclusions sont adoptées.

Elections de deux membres correspondants nationaux. — *Première élection:* votants, 70; majorité, 36. M. Leloir est élu par 57 voix, contre M. Lépine (de Lyon), 5; M. Mordret (du Mans), 4; M. Morache (de Bordeaux), 3; M. Chedevergne (de Poitiers), 1.

Deuxième élection : votants, 66 ; majorité, 34. M. Lépine est élu par 43 voix, contre M. Morache, 15 ; M. Mordret, 5; M. Chedevergne, 2; bulletin blanc, 1.

M. le Président annonce que la *Commission* chargée d'examiner les titres des candidats à la place de membre associé libre est ainsi constituée : MM. Milne-Edwards et Siredey, Labbé et Guéniot, Planchon et J. Le Fort, Blanche et Marjolin.

Suite de la discussion de la prophylaxie de la syphilis. — *L'article IV*, ainsi modifié, est adopté: « Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics une loi de police sanitaire réglant et fortifiant l'autorité administrative en particulier à l'égard des mineures et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

Les articles suivants sont également adoptés. *Article V:* La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et aux visites sanitaires; *Article VI*: Si l'inscription n'est pas consentie par la fille à qui l'administration l'impose, elle ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire ; *Article VII*: Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile spécial dont elle ne pourra sortir qu'après guérison des accidents transmissibles; *Article VIII*: Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

M. le Pr Duplay a présenté au nom du Dr Reynal O'Conor une nouvelle *étuve portative pour la désinfection des instruments de chirurgie,* dont nous donnerons dans le numéro prochain le dessin et la description. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 *mars* 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. le Président annonce la mort de M. Hippolyte Blot, membre et ancien président de la Société de Chirurgie, et retrace la vie de ce chirurgien, qui a été au premier rang parmi les accoucheurs contemporains.

La séance est levée en signe de deuil.

Elections.—M. de Saint-Germain est nommé membre honoraire. M. B.

TROISIÈME CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

6. — *Séance du* 16 *mars* 1888. (Vendredi matin). Présidence de M. Rochard.

Question à l'ordre du jour :

Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement. (*Opérations de Letiévant et d'Estlander. Indications. Contre-indications et résultats définitifs.*)

M. Lefort. — L'opération d'Estlander est bonne, mais elle a naturellement ses indications et ses contradictions; elle est mauvaise, quand on a affaire à une grande cavité pleurale, parce que la réunion est difficile et lente, elle laisse souvent après elle une fistule. Le professeur de Paris a actuellement dans son service un cas de ce genre. Malgré l'électrolyse, malgré l'application d'astringents, malgré l'irritation méthodique du conduit, il lui a été impossible d'obtenir la fermeture du trajet fistuleux. La santé générale est néanmoins restée bonne. Même observation pour un autre malade. M. Lefort fait en outre remarquer, que les injections pleurales déterminent quelquefois des espèces de lipothymies suivies de phénomènes paralytiques disséminés, avec un état cérébral particulier rappelant les accidents cérébro-bulbaires. Enfin le mode de procéder actuel qui consiste à drainer la cavité pleurale pour y faire des injections et par conséquent à laisser arriver par le tube laissé à demeure l'air dans la poitrine, cette méthode empêche le poumon déjà rétracté par l'épanchement pleural de bien revenir sur lui-même, il serait bon que dans l'intervalle des lavages, le drain fût aplati et permît ainsi la dilatation pulmonaire.

M. Thiriar. — Treize opérations lui ont donné d'excellents résultats. Dans les cas de suppuration pulmonaire ou d'abcès du poumon par pleurésie ouverte dans les bronches, par exemple dans les cas de pleurésie purulente interlobaire, faites suivre l'opération d'Estlander de la pneumonotomie. L'orateur décrit deux observations à l'appui de cette manière d'agir. La résection d'un grand nombre de côtes permet sur une étendue variable mais indispensable d'appliquer le dégagement et la désinfection du foyer purulent et d'intervenir avec énergie. De plus, cette large thoracotomie favorise la guérison, la cicatrisation des parties molles pleurales et péripleurales. Plus la cavité occupée par le pus dans la plèvre est grande, plus la résection devra être étendue.

M. Boeckel (Jules). — A pratiqué onze fois l'opération d'Estlander. Neuf guérisons. L'abstention sera la règle chez les tuberculeux, les cardiaques, les albuminuriques. Six guérisons définitives et durables. On peut sans inconvénient et dans l'intérêt du malade, pratiquer chez un même sujet une large thoracotomie, une pneumonotomie, la résection du bord inférieur de l'omoplate. Chez les adultes la résection costale n'entraîne pas de déviation du rachis. Chez l'enfant les résections étendues sont rarement indiquées parce que l'élasticité des os permet chez eux d'arriver plus facilement sur le foyer pleural sans être obligé de se créer un large jour. Les insuccès tiennent probablement à ce que les résections ne sont pas assez étendues. Dans les cas où la guérison pleurale n'a pas lieu malgré ce désossement, c'est l'arc costal postérieur et le bord inférieur de l'omoplate qui constituent les obstacles. N'hésitez pas. Enlevez-les. Enfin faites une résection des parties molles quand vous trouvez un tapis lardacé ; grattez, régénérez ces tissus malades. De cette manière vous guérirez des empyèmes même lorsqu'ils datent de plusieurs années.

M. Vieusse a pratiqué la résection d'Estlander pour des fistules chroniques incurables chez de jeunes soldats. Trois succès et une mort sur 4 opérations. Il s'agissait d'affections anciennes, la fistule persistant avec suppuration depuis six mois chez des individus vigoureux. Intervenez donc chirurgicalement dans tous les cas. Et suivez le procédé recommandé par M. Trélat avec incision en H.

M. Delorme traite de quelques-unes des causes d'insuccès de l'opération de Letiévant et Estlander. Il convient aussi, d'après lui, de découvrir franchement le foyer par une large résection de plusieurs côtes, le grattage, le nettoyage, le lavage, la désinfection, de transformer en un mot le foyer fermé sinueux en un foyer à ciel ouvert. Il n'y a à cela aucun inconvénient ultérieur. L'opération d'Estlander même est mécaniquement insuffisante. Après avoir pratiqué de larges costotomies avec incision verticale et refoulement du lambeau, ajoutez à la résection costale une section pariétale prolongée portant sur toute la hauteur de la paroi. Grattez ensuite méthodiquement la cavité. Poursuivez aussi les foyers multiples, sinueux, profonds et vous guérirez le plus grand nombre des malades à la suite de plusieurs interventions. Ne vous préoccupez pas de l'avenir de la paroi thoracique privée de la plupart de ses côtes et largement débridée.

M. Bouilly relate 13 opérations d'Estlander dirigées contre l'empyème chronique. Huit guérisons définitives et persistantes depuis plusieurs années sans fistules ; trois morts, dont deux concernant des malades à grandes cavités purulentes. Individus de 12 à 30 ans ; un seul avait 40 ans. La pleurésie purulente datait de 12 ans à 1 an avec tous les intermédiaires. On peut en distinguer trois classes selon la dimension des cavités, selon l'état du poumon plus ou moins accessible à la dilatation fonctionnelle normale après avoir été ainsi comprimé par l'épanchement, selon l'existence ou non de trajets fistuleux obliques remontant sous la forme de conduits sinueux isolés ou compliquant la suppuration cavitaire qui continue à donner.

L'état de la plèvre enfin en indique souvent la résection quand, par exemple, elle est épaissie, ou au contraire constitue un pronostic fâcheux que rien ne peut mitiger quand elle est friable. Ces considérations anatomo-pathologiques condui-

sent aux conclusions que voici. Quand on a affaire à de très grandes cavités, l'intervention est inutile et dangereuse — si la cavité suppurante est d'un certain volume, l'intervention sera utile, surtout chez les jeunes sujets de 20 et 22 ans, quand le foyer ne dépasse pas la 3e côte : les cavités thoraciques supérieures contre-indiquent l'intervention chirurgicale — dans les cas de cavités moyennes, au niveau des régions antéro-latérales du thorax, les chances d'intervention sont encore favorables, mais moins favorables que dans les cas précédents. Râclez toujours les trajets fistuleux et les diverticulums, touchez-les au chlorure de zinc. Réséquez suivant vos besoins et la nécessité du lieu et de l'étendue de l'intervention, mais le désossement total ne vaut rien. Il est quelquefois utile de répéter les interventions, de réséquer la plèvre pariétale et d'enlever des morceaux de côte, déjà partiellement réséquées, qui ont produit une réparation thoracique trop hâtive, nuisible à la guérison. Dans ces conditions, on a entre les mains une excellente opération qui, née en France, nous est revenue d'une nation étrangère amie avec la sanction de l'expérience, et a été vulgarisée par M. Bouilly un des premiers.

M. Berger. — L'opération d'Estlander n'est pas innocente. En voici un exemple mortel. Il s'agissait du dernier membre restant d'une famille tuberculeuse, ayant eu pendant 12 ans des pleurésies à répétition qui, finalement, aboutirent à une suppuration pleurale. On l'avait opéré de l'empyème, et il lui restait une fistule pleurale chronique suppurant et donnant naissance à des hémorrhagies par intervalles. Ces accidents alternaient eux-mêmes avec des vomiques pulmonaires et des hémoptysies. Intégrité apparente du poumon droit. C'est le poumon gauche qui constitue le côté malade. Le malade ne pouvait plus endurer de lavages de son trajet ; sous leur influence, il éprouvait de la dyspnée et de la suffocation. On intervient, et l'on constate que le poumon a presque absolument disparu, la plèvre est épaissie de deux centimètres ; enfin, les côtes friables adhérent les unes aux autres et au périoste. Au moment de la résection de la dernière côte, on entend un sifflement aspiratoire par aspiration des fistules broncho-pulmonaires ; asphygmie Le malade revient néanmoins à lui, mais l'oppression et la dyspnée continuent, de sorte qu'il meurt 4 heures après l'opération. *L'autopsie* justifie le diagnostic. Le poumon gauche est étouffé par des épaississements énormes. Mais c'est l'ablation des deux dernières côtes, 9e et 10e, qui, en amenant l'affaissement de la cage thoracique, en enlevant au diaphragme son soutien mécanique, a supprimé le peu de respiration qui restait à l'opéré et a déterminé la mort en apportant un trouble trop subit et trop profond dans le mécanisme du soufflet broncho-pulmonaire. Chez les sujets épuisés, dans les cas de suppurations prolongées ou chez les individus déjà âgés, n'étendez donc pas trop les résections, n'englobez pas les deux dernières côtes vraies dans votre résection, procédez pour les autres côtes par opérations graduellement ménagées, pour ainsi dire à petites doses progressives et successives.

M. Kirmisson. — Un jeune homme de 19 ans, issu d'une mère tuberculeuse, présente une pleurésie purulente gauche avec fistule pleurale et vomique ; il évacue 1 litre de pus par jour. Intégrité du poumon droit. Pas de bacilles tuberculeux. Respiration conservée du haut, à gauche. Le chirurgien résèque dans une étendue de 5 à 8 cent., les 6e, 7e, 8e et 9e côtes, mais, la cavité remontant très haut, et l'opération saignant, comme on le sait, beaucoup, obligé fut l'opérateur de s'arrêter. On ne fit de lavages qu'au 9e jour. Et le patient guérit, mais en conservant une fistule cicatricielle. Il reprit son métier de maréchal-ferrant. Sa fistule pleurale qui fournissait, somme toute, 95 grammes de liquide a, un an après, augmenté dans des proportions telles qu'on doit pratiquer une nouvelle opération d'Estlander. Résection de 8 côtes y compris la seconde. Pas de complication, si ce n'est fréquence des battements du cœur sans hyperthermie. Guérison ; mais conservation d'une petite fistule, qui trois mois après ne donnait que 15 à 20 grammes de pus et n'admettait pas une injection de plus de 20 à 30 grammes. Mais le stylet explorateur remontait très loin. Canal étroit très long. En résumé l'opération d'Estlander est une très bonne opération dans les cavités moyennes siégeant à la partie moyenne ou inférieure du poumon.

M. Fauvel (du Havre) communique une opération de guérison à la suite d'une opération d'Estlander.

M. Ollier. — C'est une opération merveilleuse, mais dont la résultante varie suivant l'âge des sujets : Et d'abord il y a longtemps que, dans ses recherches sur les résections, il a montré que chez les chiens on pouvait impunément désosser le thorax sans inconvénient. S'il n'a pas tiré parti de cette notion, de ce fait expérimental, c'est parce que jadis il craignait la pyohémie. De larges excisions peuvent donc et doivent être faites chez l'adulte si l'on veut que la cavité pleurale se comble. Mais ces grandes résections sont dangereuses chez l'enfant ; quelle que soit chez lui la dimension du foyer, une petite fenêtre suffit jusqu'à 10 et 12 ans ; l'ablation d'un simple fragment permet, grâce à l'élasticité des côtes à cet âge, au rapprochement des tissus de s'opérer ; si vous enlevez trop d'arcs costaux votre ouverture longitudinale a des inconvénients. Le lieu d'élection a une grande importance, principalement dans les grandes résections ; surtout n'y intéressez pas l'épiphyse qui est le point par lequel s'accroît la côte, ne supprimez pas les arcs de soutien de la colonne vertébrale, notamment chez l'enfant dont la colonne se déformerait ultérieurement et portez votre résection sur le côté, précisément afin de respecter le maintien vertébral. En ce qui concerne le procédé opératoire, enlevez le plus de périoste possible chez le jeune homme, sinon il refera vite de l'os et perdra ainsi le bénéfice de ce que vous voulez faire. L'auteur signale notamment un cas dans lequel il rencontra la calcification pleurale, calcification d'ailleurs peu adhérente, mais qu'il fut impossible de totalement détacher dans les recessus interlobaires, d'autant plus que le dessous de ces plaques saignait abondamment ; un résidu calcaire entretint une petite fistule.

M. Levrat communique une observation. Une première intervention fut suivie d'amélioration, mais il resta une fistule nécessitant plus tard une seconde intervention. A ce moment le chirurgien retrouva une plaque en osseuse cuirasse mesurant un carré de quatre centimètres, par reproduction périostique. Le malade guérit. Malheureusement il succomba quelques mois plus tard à l'urémie. Enlevez donc, détruisez au thermo-cautère le périoste. M. Levrat désosse sous le périoste et détruit, la côte enlevée, le périoste qui reste.

Séance levée à midi.

7. — *Séance du 16 mars 1888.* (Vendredi soir). — Présidence de M. Maurice Perrin.

Questions diverses.

1. — M. Poncet (de Lyon) a fait 21 fois l'uréthrotomie externe et il est très partisan de cette opération. Cependant elle ne procure pas toujours une cure absolument radicale du rétrécissement pour lequel elle a été faite. Aussi croit-il bon de faire la résection de l'urèthre (*uréthrectomie*) dans certains cas de rétrécissements. Les rétrécissements pour lesquels on doit faire cette résection sont ceux qui sont infranchissables, constitués par un tissu fibreux très dense, et s'accompagnent de fistules, de douleurs intenses périnéales. Le manuel opératoire est simple : sonde à demeure, drainage de la plaie périnéale, suture des 2 bouts du canal au catgut. Ses opérés sont guéris quinze jours après l'opération et passent alors une sonde n° 20. Quand on ne peut pas suturer l'urèthre, il se produit un canal de nouvelle formation ; mais ceci retarde l'époque de la guérison.

2. — M. Bazy (de Paris) communique *deux observations rares de corps étrangers de la vessie.* Dans un premier cas il s'agit d'une femme de 66 ans, entrée à l'hôpital Saint-Louis pour des mictions douloureuses et fréquentes datant de six mois. L'exploration fit constater l'existence d'un calcul qui fut reconnu pour être phosphatique et par suite développé probablement autour d'un corps étranger. Le calcul fut broyé avec un lithotriteur fenêtré qui saisit dans ses mors un corps mou qui fut attiré au dehors ; c'était un paquet de fort fil de lin de 5 à 6 mètres, enchevêtré. A la suite de l'opération il reste de l'incontinence d'urine due aux manœuvres qu'avaient nécessitées l'introduction de ce corps étranger et qui guérit par une dizaine de séances d'électrisation localisée. — Dans l'autre cas, il s'agit d'un homme de 45 ans, d'une intelligence très bornée, qui, sous prétexte de se sonder pour remédier à des troubles de miction, s'était introduit une verge de porc

dans l'urèthre. Surpris dans cette opération, il avait lâché le corps étranger qui était tombé dans la vessie. Le résultat de la présence de ce corps étranger fut une rétention presque complète d'urine. Quand je le vis, le 21 septembre 1887, je fus obligé de le sonder : il s'écoula une urine horriblement fétide, pire que celle qui sort d'une vessie atteinte de cancer, ce qui me fit croire tout d'abord que ce corps étranger était là depuis longtemps et avait déterminé de la cystite. Le lendemain, au moyen d'un instrument analogue au lithotriteur à mors plats mais dont les mors sont disposés en sens inverse du lithotriteur, j'enlevai facilement le corps étranger qui mesure 30 centimètres de long. La vessie fut lavée à grande eau immédiatement après et les deux jours suivants, et le malade repartait pour son pays après quelques jours avec des urines absolument limpides. Le premier cas vient confirmer cette règle que les calculs chez la femme sont presque toujours secondaires; il montre l'influence heureuse de l'électrisation localisée du col de la vessie. Le deuxième cas, remarquable par la nature du corps étranger introduit, fait voir que l'on pourrait être trompé par la fétidité des urines, si on n'était pas prévenu, d'autant que le corps étranger a une consistance analogue à celle des parois vésicales.

3. — M. Ehrmann (de Mulhouse) analyse les résultats qu'il a obtenus chez les enfants avec les *opérations plastiques du voile du palais*. Il a fait 41 opérations plastiques chez des enfants au dessous de 10 ans.

Au point de vue de l'âge, il divise ces enfants en trois catégories : *a*). Enfants de moins de 2 ans : 10 opérés; *b*). Enfants de 2 à 6 ans, 20 opérations; c). Enfants de 7 à 10 ans, 71 opérations.

Il a résolu de ne plus opérer les enfants au dessous de deux ans. Pour les enfants de 2 à 6 ans, on obtient de bons résultats. Il n'a eu qu'un insuccès sur les opérations faites sur les enfants ayant de 7 à 10 ans. On doit opérer de bonne heure, à partir de 2 ans, pour ne pas avoir à combattre les défauts de prononciation acquis. Une condition nécessaire pour la réussite, ce sont les soins consécutifs à l'opération. Il faut y veiller avec la plus grande sollicitude.

4. — M. le Dr Reverdin (de Genève) fait une communication sur les *sutures perdues dans quelques opérations plastiques*. Ces sutures présentent un certain nombre d'avantages sur lesquels il n'insiste pas. On les emploie pour diverses opérations (cure radicale des hernies, taille hypogastrique, etc). Mais dans les opérations plastiques leur emploi peut être de la plus grande utilité. Il les a employées dans trois cas de restauration du périnée et a eu beaucoup à s'en louer.

M. Pozzi (de Paris) pense qu'il vaudrait mieux dire *sutures perdues étagées* plutôt que *sutures perdues* seulement. Ces sutures à étages, superposées, sont très utiles; en ce qui concerne les opérations plastiques, il les a employées dans 6 colporrhaphies, 2 cures radicales de hernie, 1 rupture du périnée.

5. — M. le Dr Guyon (de Paris) indique les nouveaux *perfectionnements qu'il a apportés à l'opération de la taille hypogastrique*, ainsi qu'au pansement consécutif. Ces perfectionnements s'appliquent surtout à la taille faite pour des lésions graves de la vessie, mais aussi à la taille faite dans le but d'extraire un calcul vésical. 1° Pour que l'opérateur soit placé dans les meilleures conditions possibles pour l'examen de la vessie, il doit employer le procédé suivant, à savoir : la *suspension de la vessie et sa fixation par des anses de fil*, passées à 1 mill. des bords de l'incision de la paroi antérieure de la vessie. De cette façon on est certain d'entrer facilement dans le réservoir urinaire, d'en sortir avec non moins de commodité, d'en extraire un calcul sans faire de grands décollements. Si on a délaissé si longtemps la taille hypogastrique, c'est qu'on craignait ces décollements, donnant lieu à des cellulites pelviennes. Ce procédé permet de les éviter ; il sert encore quand on veut pouvoir manœuvrer à l'aise dans la vessie. Il permet d'introduire facilement le speculum de Bazy, permet de constater l'état des parois vésicales avec une petite lampe électrique portative, et de cautériser au thermo-cautère, quand il le faut, les parties malades ; 2° M. Guyon insiste en outre sur la nécessité *de vider le ballon rectal* dès que la vessie est ouverte ; 3° Pour faire écouler facilement l'urine au dehors et favoriser la cicatrisation, il faut recourir à certains procédés encore peu connus. La *suture* totale en effet de l'incision vésicale n'est pas encore prête à entrer dans la pratique. Pour qu'elle fût bonne, il faudrait qu'elle fût hermétique. Autrement on s'expose à avoir des infiltrations. S'il n'admet pas encore la suture totale, qu'il avoue ne pas pouvoir faire en toute sécurité, il reconnait que le procédé où l'on n'emploie pas de sutures est défectueux. Il suture donc la vessie en bas, surtout en bas, puis en haut, et place les tubes à drainage au milieu. Ce premier plan de sutures vésicales perdues est fait au catgut. Les *drains* dont il se sert sont des tubes superposés, accolés l'un à l'autre, à courbure fixe ; il les place de façon à ce qu'ils affleurent le fond de la vessie et les suture à la paroi. Ceci fait, il *suture les muscles droits* au dessus et au dessous des tubes, car il craint l'éventration, laquelle peut se produire plus tard par distension de la cicatrice si l'on ne fait pas ce deuxième plan de sutures. Pour lui l'idéal serait la suture totale de la vessie; mais avec les procédés actuellement connus elle lui paraît dangereuse. Le pansement de la taille hypogastrique sera antiseptique ; cependant il faut savoir que les taillés et les incisés du périnée ont, par le fait même de l'existence d'une plaie dans ces régions, une facilité d'absorption étonnante. Avec le pansement antiseptique ordinaire à l'acide phénique, presque toujours les urines sont noires. L'iodoforme cause du délire. Il faut donc faire usage de ces agents microbicides avec modération et être plutôt aseptique qu'antiseptique.

6. — M. Paul Segond fait une communication sur le *traitement chirurgical des kystes du foie*. Pour lui, cette question est maintenant jugée : en présence d'un kyste hydatique du foie, il faut d'abord pratiquer la ponction aspiratrice. Cette ponction assure le diagnostic et peut amener la guérison. Mais dès que le liquide s'est reproduit, il faut sans tarder procéder à l'incision large du kyste. Cette déclaration faite, M. Segond étudie le manuel opératoire et montre qu'à ce point de vue on doit envisager isolément quatre variétés de kystes hydatiques : 1° Les *kystes antéro-inférieurs*. — 2° Les *kystes antéro-supérieurs*. — 3° Les *kystes postéro-inférieurs*. — 4° Les *kystes postéro-supérieurs* ou *sous-diaphragmatiques*.

Le traitement des kystes des trois premières variétés est maintenant bien connu. Les kystes antéro-inférieurs se dégagent du tissu hépatique, envahissent la cavité abdominale à la manière des kystes de l'ovaire avec lesquels ils ont été, du reste, bien souvent confondus et sont comme eux justiciables de l'ablation complète ou partielle après laparotomie sur la ligne médiane. Les kystes antéro-supérieurs sont intra-hépatiques. On les découvre en général par une incision parallèle au rebord des fausses côtes, et l'opération qui leur convient est celle de Lindemann-Landau. Les kystes postéro-inférieurs sont ceux qui viennent pointer au niveau de la région lombaire, et c'est par cette voie qu'ils doivent être incisés. M. Segond cite les cas de sa pratique qui rentrent dans ces trois premières catégories (un cas de kyste pédiculé de la face inférieure traité par l'ablation chez une jeune femme de 29 ans. Guérison. Trois cas de kystes de la face convexe traités suivant la méthode de Lindemann-Landau, deux guérisons et une mort indépendante de l'opération). Il discute quelques points de technique opératoire, montre les dangers de l'ablation totale lorsque les kystes plongent profondément dans le tissu hépatique et, passant assez rapidement sur ces premières considérations, il arrive au traitement des *kystes postéro-supérieurs* ou *sous-diaphragmatiques* sur lequel il insiste d'une manière plus particulière. Les kystes sous-diaphragmatiques sont accessibles par deux voies, la voie abdominale et la voie pleurale. La voie abdominale est préconisée par Landau ; son exécution nécessite des tractions variées sur le foie qu'il faut pour ainsi dire faire basculer en avant et fixer dans cette nouvelle position par des sutures appropriées. La voie pleurale, beaucoup plus directe, exige l'incision successive de la paroi thoracique, du cul-de-sac pleural et du diaphragme. Les exemples de kystes sous-diaphragmatiques ainsi traités par incision transpleurale avec ou sans résection costale sont jusqu'ici peu nombreux (faits d'Israël, de Genzmer, de Bulau et de Owen). M. Segond, ayant pratiqué deux fois cette opération avec succès, croit donc utile de faire connaître les principaux détails de ses observations.

a).— La première est celle d'une femme de 29 ans que M. Bouchard a adressé à M. Segond, en août 1887, avec le diagnostic suivant: Suppuration du foie consécutive à l'ouverture intra-pulmonaire d'un kyste hydatique de cet organe. Fistule hépato-bronchique. Excavation et sclérose de la partie inférieure du poumon droit. Cette jeune femme, chez laquelle on avait porté le diagnostic kyste hydatique du foie en 1880, avait été traitée par la méthode des ponctions successives La reproduction du liquide avait invariablement suivi chaque ponction et, vers 1883, toute une série de symptômes attestant la suppuration du kyste et son évacuation intermittente par les bronches s'étaient déclarés. Depuis cette époque, jusqu'en 1887, une toux incessante, des vomiques fréquentes, la perte du sommeil et de l'appétit avaient peu à peu conduit la patiente aux derniers termes de la déchéance organique, si bien qu'en août 1887, la terminaison fatale n'était, pour ainsi dire, plus qu'une question de jours. Tel était l'état de la malade au moment de l'opération pratiquée par M. Segond, le 12 septembre dernier. Il est difficile d'imaginer un exemple plus probant des méfaits de la méthode des ponctions quand même, et des avantages qu'auraient donnés une intervention précoce et radicale. Voici maintenant les divers temps de l'opération: Incision de 15 centim. sur la partie moyenne de la 9e côte. Résection de 9 centim. de la 9e côte. Traversée du cul-de-sac pleural. Incision du diaphragme, ouverture d'un volumineux kyste kydatique sous-diaphragmatique, à contenu clair. A la partie supérieure de ce kyste, ponction exploratrice dans la direction du poumon. Découverte d'une cavité purulente intra-pulmonaire. Ouverture de cette cavité. Production d'une hémorrhagie au niveau de cette ouverture et nécessité de réséquer 7 centim. de la 8e côte pour se faire plus de jour. Arrêt de l'hémorrhagie, agrandissement de l'ouverture pulmonaire, évacuation de la caverne pulmonaire qui contenait un plein bassin de vésicules déformées et agglutinées par une sorte de mastic purulent et bilieux. Drainage et pansement. La malade ainsi traitée conserve une fistule qui donne encore passage à la bile et dont la survie ne saurait être déterminée Mais, tel qu'il est, ce résultat n'est pas moins remarquable L'opérée ne tousse plus, elle a retrouvé son embonpoint et ses forces, bref, c'est à l'heure actuelle une convalescente.

b) —La deuxième observation est plus simple. Il s'agit d'une femme de 39 ans, atteinte d'un kyste sous-diaphragmatique sans communication pulmonaire. A la suite d'une première ponction exploratrice, le liquide s'étant reproduit, M. Segond, d'accord avec la doctrine qu'il défend, a pratiqué l'incision de la poche kystique, et, comme le foie ne débordait pas les côtes, il a choisi la voie pleurale. L'opération a été pratiquée dans les mêmes conditions que la précédente, en septembre 1887. (Incision sur la 9e côte. Résection de 8 centim. de cette côte, traversée de la plèvre, incision du diaphragme. Ouverture du kyste et fixation des lèvres de l'incision kystique à la peau par une couronne de fils d'argent comprenant à la fois dans leur anse la paroi kystique, le diaphragme et les téguments). Les suites opératoires ont été simples. l'état actuel de l'opéré est on ne peut plus satisfaisant, et la petite fistule qui survit encore sera prochainement cicatrisée. Dans cette opération comme dans la précédente, il n'y a pas eu la moindre menace de pneumo-thorax et, cependant, il n'y avait pas d'adhérences entre les feuillets pleuraux. Pour prévenir cette complication, M. Segond s'est contenté de faire déprimer la paroi thoracique par la main d'un aide appliquée au-dessus de l'incision, pendant la traversée pleurale ; puis, le diaphragme une fois incisé, la lèvre supérieure de cette incision a été éversée au dehors et solidement maintenue dans cette position jusqu'au moment où le placement des sutures a permis d'assurer définitivement le contact des deux feuillets pleuraux.

Se basant sur ces deux faits, M. Segond arrive à cette conclusion que l'incision, par la voie transpleurale avec résection costale, et en un temps, est le procédé de choix dans le traitement des kystes sous-diaphragmatiques postérieurs. Les dangers que peut créer ce mode d'intervention lui paraissent inférieurs à ceux qui résultent des manœuvres (tiraillements du foie, etc.) nécessitées par l'incision antérieure. Quant aux prétendus avantages de la méthode en deux temps, il les conteste aussi bien pour l'ouverture transpleurale que pour l'ouverture transpéritonéale des kystes hépatiques. Des faits plus nombreux seraient à la vérité nécessaires pour faire adopter sans discussion cette manière de voir. Mais, il n'est pas moins acquis dès maintenant que l'ouverture transpleurale des kystes sous-diaphragmatiques peut être une opération simple, peu grave et très efficace. Les deux observations de M. Segond ne laissent aucun doute sur ce point.

7. — M. le Dr MAUNOURY (de Chartres) indique la façon dont on doit *traiter les kystes hydatiques* du foie dits *postéro-supérieurs* ou *sous-diaphragmatiques*. Si l'on ne veut pas agir comme Landau (*voie abdominale*), on ne peut les atteindre que par la *voie pleurale* (incision transpleurale). Jusqu'ici cette méthode transpleurale ne présente que deux variétés. 1re *variété* : méthode d'Israël et de Genzmer, etc., dans laquelle on détermine d'abord la production d'adhérences inflammatoires, comme dans les procédés de Récamier et de Volkmann pour les *kystes antéro-inférieurs*. 2e *variété* : méthode dans laquelle on procède comme dans les laparotomies ordinaires, comme Lindemann et Landau, avec ou sans résection des côtes. C'est ainsi qu'a agi M. Segond. — M. Maunoury a opéré deux malades atteints de kystes sous-diaphragmatiques en faisant ces deux variétés d'opérations. Celui qui a subi l'opération d'Israël est mort (homme de 29 ans ; pleurésie septique après l'opération) ; l'autre, est une femme de 34 ans, qui a été opérée par la méthode de Segond modifiée ; c'est un succès. Chez cette femme, M. Maunoury fit d'abord une ponction dans le 10e espace intercostal droit, ouvrit le kyste au point le plus saillant, en incisant la plèvre et le diaphragme, mais en ayant soin de *suturer les deux feuillets pariétal et diaphragmatique de la plèvre* sectionnée pour éviter de créer un pneumo-thorax. En réalité, c'est là un danger qui n'est pas très à craindre. Un chirurgien anglais, Thornton, au Congrès de Brighton en 1886, a indiqué le premier qu'on pouvait faire ainsi la suture des 2 feuillets pleuraux. Dans ce cas, M. Maunoury n'eut pas besoin de faire de résection costale, tellement l'espace était dilaté. Le reste de l'opération fut facile (kyste attiré au dehors, etc.) M. Maunoury se demande si, oui ou non, on doit faire la suture pleurale. Il incline pour l'affirmative.

8. — M. POZZI montre une femme qu'il a opérée d'un kyste hydatique du foie *antéro-supérieur* et absolument *intra-hépatique*. Pour lui, le procédé de Lindemann-Landau est le procédé de choix. Mais dans certains cas on est forcé d'agir autrement ; en voici un exemple ; Chez la malade en question, il fit d'abord une laparotomie, essaya de fixer, sans pouvoir y réussir, le kyste aux bords de la plaie abdominale, et dût, voyant qu'il avait affaire à une poche bien limitée, tenter l'extirpation complète du kyste, quoiqu'il n'y eut pas de pédicule. Il énucléa en entier la poche avec les doigts la spatule, les ciseaux courbes, en disséquant à petits coups. En même temps il touchait la surface du foie au thermo-cautère. Ce kyste, gros comme le poing, à parois épaisses, enlevé, il restait dans le tissu hépatique un angle dièdre à surface cuite et irrégulière. Il sutura les deux faces hépatiques de cet angle dièdre par une série de 15 points de sutures au catgut, en commençant par en bas, afin de bien circonscrirre cette cavité où un drain fût placé. Une série de sutures embrochèrent la partie superficielle du foie et permirent de l'appliquer contre la paroi abdominale. Les suites furent simples, sauf une ébauche de phrénite qui cessa bientôt (douleurs vives dans l'épaule). En six semaines la fistule consécutive fut obturée.— M. Pozzi termine en insistant sur les avantages des *sutures* à étages pour les laparotomies, à condition qu'on les fasse avec un catgut absolument aseptique. Les cicatrisations qu'on obtient ainsi sont plus solides, plus belles et plus utiles (1).

9. — M. HORTELOUP (de Paris) rapporte un cas dans lequel il a fait une *suture intestinale pour un anus contre nature* ; en même temps il indique le *régime à faire suivre après les opérations de ce genre*. — Il s'agit d'un homme atteint de fistule stercorale après pérityphlite et perforation du cœcum. On essaya à deux reprises différentes de guérir cet anus contre nature par la suture partielle de l'intestin ; on eut deux insuccès. C'est alors que M. Horteloup eut l'idée de faire une opération plus complète. Il détacha l'intestin de la paroi, le disséqua, et le sutura d'une façon minutieuse ; puis il le refoula dans l'abdomen. Dès le lendemain le malade avait rendu des gaz. Guérison. On a fait peu d'opérations de ce genre de propos délibéré. M. Horteloup préfère la suture entrecoupée à la suture de Lembert ; avec elle on a moins de chance d'avoir un rétrécissement consécutif de l'intestin. Après l'opération, il ne faut pas donner de l'opium, mais au contraire réveiller l'intestin

(1) Voir sur cette intéressante question du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie, les articles qui ont paru dans le *Progrès médical*, 1887, nos 11, 14, 15, 1er semestre.

pour ne pas avoir de pseudo-étranglement. On a raison de purger les malades après des opérations sur l'abdomen.

10. — M. Accolas communique un cas d'*abcès du foie traité* par la méthode de Little, car cette opération a été au début assez mal accueillie en France. Homme de 23 ans, soldat, ayant séjourné au Tonkin. Dysentérie grave. Rapatriement. Abcès du foie. Ponction au trocart; sortie du pus; débridement en suivant le trocart. Incision et lavages antiseptiques. On ne doit pas craindre l'anesthésie.

11. — M. Labbé (de Paris) cite un cas de *corps étranger du larynx* qu'il a opéré. Il s'agissait d'un enfant ayant avalé une étoile métallique à pointes acérées; cette étoile alla se fixer entre les cordes vocales. Il en résultat bientôt des accès d'étouffements pris au début pour de la laryngite striduleuse. Ces accidents durèrent cinq jours; mais alors on fit l'examen laryngoscopique et diagnostiqua le corps étranger. On essaya en vain de le retirer par les voies naturelles; à trois ou quatre reprises, un spécialiste très habile saisit le corps du délit. mais ne put l'arracher. On dut recourir à la laryngotomie. Morel Mackenzie a dit que dans ces cas on devait faire d'abord la trachéotomie, puis la laryngotomie. Il a raison. M. Labbé n'a pas voulu agir ainsi et ne s'en est pas bien trouvé, quoique son malade ait guéri. Il fit donc d'emblée la laryngotomie sous le chloroforme; mais du sang tomba dans la trachée, d'où accès de suffocation. Instantanément on dut pratiquer la trachéotomie; cependant, il fut nécessaire de faire 45 minutes de respiration artificielle. L'enfant revint à lui et rejeta le corps étranger par la plaie; on fit la suture du cartilage thyroïde fendu exactement sur la ligne médiane, puis celles des parties molles. L'enfant a recouvré la voix. M. Labbé conclut de ce fait qu'il faut suivre le conseil donné par Morel Mackenzie.

12.— M. Tillaux (de Paris) indique le *traitement chirurgical* qu'il emploie dans les cas de *pseudarthrose du fémur*. Quand tous les moyens ordinaires ont été en vain essayés, il faut recourir à une opération. Or, on le sait, aujourd'hui encore, cette opération qui consiste à découvrir largement les fragments, à les isoler, à les réséquer et les suturer, à antiseptiser la plaie et à immobiliser le membre inférieur est une opération fort longue, fort difficile. Est-ce donc une bonne opération? Si oui, il faut y recourir quand même. Mais, hélas! il n'en est pas ainsi. C'est une opération fort grave. Les statistiques montrent qu'il y a une mort sur cinq cas et un succès sur deux guérisons opératoires seulement. C'est une opération si grave qu'Hamilton la repousse complètement. En raison de sa difficulté, on a proposé une série de modifications dans la manière d'aviver les fragments, dans la façon de faire la suture osseuse. C'est ainsi que récemment encore, on a eu l'idée de faire une résection des *fragments cunéiforme* (Berger) pour assurer la coaptation, d'employer des fils métalliques en platine préparés spécialement dans ce but. M. Tillaux pense qu'on peut rendre cette opération fort simple et plus efficace en même temps. Pour lui le nœud de la question réside dans la cause locale de la pseudarthrose; cette cause locale consiste dans l'interposition, entre les deux fragments d'un faisceau musculaire, comme cela se passe aussi pour la pseudarthrose de l'humérus. Ce faisceau empêche la coaptation et par ses contractions incessantes écarte les fragments; il se transforme plus tard en une bride qu'on a vu souvent au cours de l'opération. Donc il faudra commencer par là, c'est-à-dire par sectionner cette bride. La suture osseuse est-elle nécessaire? Grâce à elle, on se propose deux choses: 1° Obtenir l'immobilité des fragments; 2° Mettre les deux bouts de l'os en contact direct.— Mais M. Tillaux est convaincu qu'une certaine mobilité des fragments n'est pas la cause dela pseudarthrose. Donc à ce point de vue la suture n'est pas utile. Il n'est pas utile non plus de mettre les deux bouts en contact. Il n'y a pas un seul cas où la consolidation ne soit pas *latérale*. Jamais on n'observe de consolidation bout à bout. Or, la suture étant une des causes de la gravité, il est évident qu'il faut s'en passer. Si l'on peut se dispenser de la suture, on peut se dispenser aussi de la résection. En effet, il suffit de rafraichir les os, de les gratter. Il n'est pas nécessaire de retrancher de l'os.— En résumé, il faut inciser la peau jusqu'à l'os, en isoler les fragments, les rafraîchir, aseptiser la plaie et traiter la blessure opératoire comme une fracture compliquée. A l'appui de ce qu'il avance, il cite un fait très probant.

13. — M. Delorme, professeur au Val-de-Grâce, montre qu'on peut faire une *opération complémentaire dans certains cas d'ablation de l'extrémité inférieure du rectum*, s'accompagnant d'incontinence des matières fécales. En effet, les appareils destinés à remédier à cette infirmité (obturateurs) deviennent bientôt insuffisants. Cette opération consiste en ceci: faire pour le rectum, dont l'extrémité inférieure a été enlevée, ce qu'Emmet a conseillé pour rétrécir le vagin.

14. — M. le Dr Picqué (de Paris) communique une observation d'*anévrysme volumineux de l'artère fémorale au pli de l'aine traité par la ligature de l'artère iliaque externe et guéri*. — Femme de 59 ans, ayant eu de la claudication intermittente et des douleurs dans le membre inférieur. Tumeur à développement rapide dans l'aine; on diagnostique un anévrysme circonscrit de la fémorale. La ligature de l'iliaque externe est faite par le procédé recommandé par Kirmisson, et est difficile à cause de l'épaisseur des parois du ventre; ligature au fil de soie. Au bout de 3 semaines, suppuration au pourtour de la tumeur. Incision; sortie du pus; guérison. La ligature d'emblée est la méthode de choix désormais pour la cure des anévrysmes; mais il faut opérer dans des condition d'asepsie absolue.

15. — M. le Dr Lebec (de Paris) communique un cas de *désarticulation de la hanche*, chez un homme de 19 ans, pour un ostéosarcome; mort par récidive viscérale.

16. — M. le Dr Vincent (de Lyon) montre que, pour la *cholécystotomie chez l'enfant*, il faut inciser la paroi abdominale sur la ligne médiane (non sur le côté) et au-dessus de l'ombilic. Ceci à cause de la situation du foie. Il faut se méfier des hémorrhagies chez les sujets atteints de maladies du foie.

17. — M. le Dr Jalaguier (de Paris) rapporte deux cas de *hernies du cœcum étranglées*. Kélotomie. Guérison. Il s'agissait de hernies inguinales, droites, non congénitales. Dans un cas, il y avait un sac complet; dans l'autre, le cœcum passait au-dessous du feuillet péritonéal (hernie cœcal à sac latéral).

La séance est levée à 6 heures 1/2.

8. — *Séance du 17 mars* 1888 (samedi matin). — Présidence de M. Verneuil.

Question à l'ordre du jour:

De la récidive des néoplasmes opérés: recherches des causes, de la prophylaxie.

M. Cazin, chirurgien de Berck, parle des résultats qu'il a obtenus depuis longtemps, depuis 25 ans. Il envisage par exemple les opérations qu'il a pratiquées de septembre 1862 à 1886. Il compte 564 ablations de tumeurs ayant récidivé, sur une quantité effrayante de maladies cancéreuses. Le diagnostic naturellement n'avait pas toujours été fait avant l'opération, mais l'examen microscopique, complété par les recherches microscopique, a permi de l'affirmer. En classant les tumeurs en question par rang d'aptitude à la récidive, il a obtenu, pour le sein, 102 carcinômes fibreux ou squirrhes sur lesquels 60 n'avaient pas encore déterminé, avant la première ablation, de retentissement ganglionnaire: il a constaté dans ces conditions deux guérisons définitives, 48 récidives, 3 morts. Sur 42 cas opérés à nouveau, qui n'avaient pas encore infecté les ganglions, il a eu: 8 guérisons, 28 récidives, une mort. On consultera la statistique complète dans les documents du Congrès. Les heureux résultats qu'il a eu à enregistrer pour le sein tiennent à ce qu'il dépasse toujours, dès la première fois, les limites apparentes du mal, et enlève largement les ganglions axillaires les plus indemnes. Quand même on ne rencontrerait pas à la palpation dans l'aisselle des ganglions volumineux, il convient d'aller les chercher avec le bistouri jusque sous le pectoral, sous la clavicule, au-dessus de la clavicule, et d'enlever tout l'appareil lymphatique qui accuse sa présence. Il convient en un mot de déblayer à fond le tissu cellulaire et le réseau lymphatique du thorax. Procédé facile pour le sein, mais difficile et souvent impossible pour d'autres régions. L'ablation de grandes étendues de substance oblige à se contenter d'une réunion par seconde intention.

M. Verneuil se renfermera en deux questions. Y a-t-il d'abord un moyen de prévenir les récidives? Il y en a deux. Il existe en premier lieu le procédé opératoire que vient d'expliquer

M. Cazin. Mais dans l'immense majorité des cas, les néoplasmes et le cancer en particulier ne guérissent pas. Il est vrai qu'il fait trève et qu'on constate un espace de temps qui sépare la première opération réussie de l'époque à laquelle apparaît la récidive. Par exemple, une dame opérée il y a 34 ans (c'était alors le début de l'histologie des néoplasmes), vit récidiver sa tumeur trente ans plus tard à la périphérie de la cicatrice ; l'examen microscopique révéla, à la suite de la seconde opération, qu'il s'agissait d'un cancer affectant la même forme anatomique et occupant la même région. Il semble donc qu'il y ait eu un *locus minoris resistentiæ*, et une sorte de persistance anatomique localisée, que les éléments du néoplasme aient pu en un mot dormir sur place pendant longtemps. On enlève un épithéliome du col utérin, la guérison se maintient pendant six ans et demi ; la récidive s'effectue cette fois non pas au même endroit, mais dans les ganglions du bassin. Il en est de même pour la langue et les lèvres. Il est par suite incontestable qu'au moment de la première opération, les cellules morbides existaient déjà. La thérapeutique parait au fond désarmée, et cependant, après une opération chirurgicale, il y a un traitement à prescrire. On donnera d'une façon continue, pendant plusieurs années, les alcalins, les arsenicaux (2 à 3 millig. par jour). M. Verneuil a vu dans ces conditions un ganglion pris demeurer stationnaire depuis plusieurs années. Une autre dame conserva depuis cinq ans, grâce aux alcalins, une superbe santé (cuillerées à café de magnésie). Enfin ceux qui ne mangent presque pas de viande sont presque soustraits aux néoplasmes ou à leurs récidives. L'iodure de potassium, mauvais dans les cancers vrais, n'agit que dans les hybrides, quand il y a à la fois syphilis et néoplasmes. En 1844, M. Verneuil était interne chez Lisfranc, à la Pitié ; le public, la clientèle de cet hôpital n'a pas varié. En 1844, on opérait 2 ou 3 cancers du rectum ou de l'anus par an. Aujourd'hui ce sont 15 cancers rectaux qu'en enlève. Même réflexion à propos du cancer de la langue. En un mot, les épithéliomes et les cancers sont actuellement deux ou trois fois plus fréquents qu'il a quarante-quatre ans. Les vieux praticiens de province disent la même chose. Eh bien ! la cause paraît en être qu'on mange maintenant beaucoup plus de viande et qu'on se nourrit très bien.

M. Poncet (de Lyon). — Quelques faits et quelques considérations sur les récidives, les causes, la prophylaxie des *tumeurs* connues en clinique sous les noms de tumeurs malignes, de cancer en particulier, (épithéliomas, carcinomes, myxomes diffus). Examen des régions et des tissus qui leur donnent naissance. Opérations exécutées par le chirurgien. Les individus atteints d'épithéliomas du cuir chevelu (à la région temporo-auriculaire) qu'il a opérés, sont tous morts deux à trois ans après l'intervention. Le cancroïde secondaire du cuir chevelu issu d'une région sous-jacente voisine, par exemple, l'épithélioma glandulaire, originaire de vieux kystes sébacés ou dû à l'envahissement d'une tumeur profonde enkystée, ne lui a fourni que deux cas sans récidive après une opération de ce genre. Dans l'épithélioma de la peau, dans celui des cicatrices et notamment des cicatrices après brûlures, l'extirpation s'accompagne fatalement de récidive. L'épithélioma de la langue récidive à peu près fatalement au bout de 2 à 3 ans ; 8 malades de ce genre sont morts 2 ans après la récidive, malgré l'ablation des ganglions ; celui du plancher buccal lui a fourni deux interventions ; la gravité de la tumeur, qui paraissait égale à celle de l'épithélioma lingual, n'est pas tout à fait aussi grande ; la récidive n'est pas aussi fatale ; un cas s'est montré bénin, en ce sens que la guérison s'est maintenue depuis 2 ans et 3 mois ; il convient, il est vrai, d'intervenir très largement. Dans les myxomes diffus des membres, la récidive est fatale en dépit d'interventions chirurgicales très complètes. La récidive des néoplasmes malins est donc à peu près fatale lorsqu'il y a *hérédité directe*, alors même que la tumeur sera petite et facile à enlever largement. Toutes les fois qu'il y aura un ganglion, on aura beau procéder à une large ablation, la récidive aura lieu. Comme prophylaxie, enlevez largement, rapidement, de très bonne heure ; dans certaines régions, faites préalablement des opérations préliminaires permettant d'aborder les néoplasmes.

M. Boeckel (Jules) a pu suivre pendant, 5, 8, 10, 13 ans un certain nombre d'opérés. Sur deux extirpations de carcinomes de la face et des lèvres, il n'y a pas ou récidive après 13 ans et 7 mois ; dans un certain nombre de cas, la récidive n'a eu lieu qu'au bout de 11 ans. Dix exemples de ce genre pour la langue se résolvent en un seul cas de non récidive pendant 8 années ; la santé ici est encore actuellement bonne. Ablation de 64 seins avec curage de l'aisselle : 56 guérisons, 8 morts, 10 récidives après l'opération (au bout de 2 à 4 ans, 5 ans, 8 ans) ; il ne reste que 16 cas n'ayant pas récidivé. Cinq amputations de la verge ; trois fois il y a eu récidive après 6 à 18 mois, un malade vécut 4 ans sans récidive. Telle est la crême de toute une série de documents statistiques. Un malade atteint de carcinome du rectum est resté guéri 11 ans et se porte encore bien. En somme, sur un stock de 103 opérations, on compte aujourd'hui 82 guérisons, 14 morts ; sur ce nombre, 57 malades ont pu être suivis ; 12 sont restés bien portants après 5, 8, 11 années, un jouit d'une bonne santé après 6 ans et neuf mois, un après 3 ans, un après 13 ans. *Conclusion*. — Les opérations pratiquées chez les cancéreux n'aboutissent pas à la guérison, quels que soient les soins, car sur une série de 89 opérés de ce fait on ne compte que 12 cas de guérison définitive après 11, 12, 13 ans.

M. Pollosson traite à cette occasion du *myxome* diffus du tissu cellulaire des membres et en particulier du tissu cellulaire profond sous-aponévrotique. Il est, en effet, des cas dans lesquels il y a impossibilité d'enlever les tumeurs, mais en d'autres l'ablation est possible. L'auteur a pu suivre sept malades à qui il avait pratiqué une ablation limitée de la tumeur ; la récidive a alors été constante, elle a eu lieu au bout d'un an au plus tard. Il fallut alors cinq fois amputer ; quatre de ces malades guérirent et sont restés guéris. Enlevez donc toute la tumeur la première fois. C'est en vain, par exemple, que vous disséquerez avec soin le long des vaisseaux et des cordons nerveux, vous ne les pourrez purger du myxome : Coupez largement, enlevez de bonne heure, car ce n'est qu'ainsi que vous donnerez aux malades des chances de guérison définitive. Notez en outre que ces tumeurs ont une marche ascendante, qu'elles montent vers la racine des membres et, qu'arrivées là, elles sont maîtresses du patient ; il n'y aura plus rien à faire.

M. Labbé. — Ses trente cinq années de pratique lui permettent de formuler la règle suivante en matière de néoplasmes. Enlevez largement dans les proportions les plus exagérées possible, enlevez les ganglions, la tumeur, les glandes, les lymphatiques, le tissu intermédiaire. Mais ces sacrifices sont quelquefois difficiles à obtenir de la part du malade. Un malade présentait notamment un myxosarcome occupant la partie postérieure de l'avant-bras ; le chirurgien préconisa inutilement la désarticulation de l'épaule, et l'envahissement du membre succéda à une opération trop parcimonieuse. En ce qui concerne les tumeurs bénignes, les tumeurs dites bénignes du sein, qui doivent, si on les enlève complètement, bénéficier d'une complète guérison (fibromes, adénomes de Broca ; adénomes de Velpeau) la méthode d'énucléation est une mauvaise opération ; ici encore, dépassez la limite de la capsule d'enveloppe, sans quoi vous risquez une récidive : si la tumeur est grosse, enlevez la glande mammaire entière. Il y a même des cas dans lesquels, tel est le volume acquis par ces tumeurs qu'elles s'ulcèrent tout comme des cancers, mais par un mécanisme différant de celui de l'altération cancéreuse ; elles s'ulcèrent sans qu'il y ait de ganglions, après que l'énorme masse a rejeté la glande qu'elle a atrophiée, si bien qu'on a grand'peine à la retrouver : la glande représente un petit détritus de quelques millimètres de diamètre, et c'est ce détritus qu'il faut enlever avec la tumeur sous peine de récidive. Vous ne risquez rien d'enlever largement, toutes les fois, notamment en ce qui regarde la face, que vous pouvez trouver de quoi faire ensuite une autoplastie : cette autoplastie vous apporte du reste des chances de plus complète guérison. Dans l'épithélioma, le caustique de Frère Come rend des services à la destruction parfaite, quand l'épithélioma, bien entendu, ne s'étend pas aux orifices. Le traitement consécutif des néoplasmes devra consister en l'administration continue, indéfinie, de l'arsenic, des alcalins. M. Labbé conseille encore la teinture de condurango adoptée par Naussbaum, qu'il donne depuis dix ans.

M. Richelot s'occupe des *récidives du cancer utérin après*

l'hystérectomie vaginale. Opérer de bonne heure, enlever du tissu malade aussi long que possible, enlever aussi loin que possible du tissu morbide, et, les germes de la récidive étant surtout dans la paroi vaginale, sectionner dans les culs de sac, réséquer la paroi du vagin encore saine autour du col; c'est ainsi qu'on se ménage le plus de chances contre la récidive. Mieux vaudrait, dans certains cancers du museau de tanche, une amputation sus-vaginale avec résection de la paroi, qu'une hystérectomie totale sans cette résection. Sur treize cancéreuses de ce genre, M. Richelot a obtenu six guérisons; sur ces six, il y avait eu cinq récidives. La plus tardive s'était manifestée au milieu du septième mois; elle se voit extrêmement rarement dans le cours de la 2e année après l'opération. Dans le cancer en chou-fleur, qui est plus vaginal qu'utérin, faites une large amputation sus-vaginale, enlevez les culs-de-sac, enlevez tout l'utérus avec les culs-de-sac vaginaux. Ce sont ces derniers surtout qu'il ne faut pas oublier. L'hystérectomie vaginale pure convient, elle, aux petits cancers limités au col, encore à leur début, et n'occupant que son segment inférieur. Sinon, le mal ne pardonnant pas, enlevez largement. Dans le cancer utérin plus étendu, réséquez suivant les nécessités. En tout cas, après l'opération, surveillez la malade pendant 6 mois à 2 ans, et, au moindre vestige de retour, enlevez largement, cautérisez au chlorure de zinc, cautérisez au thermo-cautère. Si vous croyez que le ligament largement est pris, n'opérez pas, ou vous ne faites qu'une opération palliative.

M. Galezowski. — *Quelques observations de néoplasmes du globe oculaire. Epithéliomas et mélano sarcomes.* Ces tumeurs sont rares dans l'hémisphère postérieur de l'œil. L'orateur ne les y a vus que six fois sur 160,000 cas. Celles du segment antérieur sont fréquentes; elles s'observent six fois par an. La transmission, la généralisation des néoplasmes malins s'effectue par la conjonctive. Intervenez donc largement, mais n'enlevez l'œil que dans le cas de récidive. Le galvano-cautère est l'instrument qui convient. Comme ces néoplasmes, avant de récidiver, débutent, en ce cas même, par un point du globe, attaquez les endroits qu'ils occupent et portez-y profondément le cautère, vous éviterez le plus souvent ainsi une troisième apparition.

M. Castex cite une observation faite en commun avec M. Cornil qui montre que le sarcome se transporte souvent par les vaisseaux, ce qui explique alors sa généralisation et sa fréquence dans le poumon.

M. Sabatier. — Attaquez les néoplasmes même bénins par leur périphérie, ne les enlevez jamais par morceaux, ne les ouvrez pas, sinon vous risquez de semer à peu près sûrement des greffes qui deviennent des germes de récidives. La séance est close à midi.

9. — *Séance du 17 mars* (samedi soir). — Présidence de M. le baron de Saboïa (de Rio-de-Janeiro).

a) Dernière séance (4 h. 1/2). — *Questions diverses.*

1. — M. Poncet (de Lyon) qui a observé un certain nombre d'*ongles incarnés*, a vu que la théorie de Gosselin était très probablement inexacte. Ce n'est pas l'ongle qui augmente de volume; ce sont les parties molles et le squelette de l'orteil. C'est donc à un défaut d'harmonie entre le développement des parties constituant l'orteil qu'est dû l'onyxis latéral des adolescents.

2. — M. Lefort (de Paris) rappelle quelles difficultés on a pour *guérir les pseudarthroses*. L'acupuncture, employé par Malgaigne, a donné quelquefois des résultats. L'électropuncture lui paraît devoir être préconisée. Dans trois cas il a enregistré des succès manifestes par cette méthode. Il faut avoir soin de ne pas faire de séances trop longues. Il introduit une aiguille d'or entre les fragments; c'est le pôle négatif.

M. Labbé a employé cette méthode sur les indications de M. Lefort et a obtenu un succès.

3. — M. Petit (de Paris) lit un travail sur les *tumeurs gazeuses du cou*, basé sur les 25 observations connues aujourd'hui. M. Petit donne l'étiologie de ces tumeurs; celles reconnaissent deux modes pathogéniques: la hernie de la muqueuse trachéale ou laryngée après perforation ou rupture incomplète de la paroi du tube aérien ou bien le passage de l'air dans le tissu cellulaire après rupture complète de la paroi. Elles débutent de trois façons, soit brusquement en une seule fois, soit brusquement d'abord et progressivement ensuite, soit enfin très lentement. Contrairement à ce qu'on a dit, quelques-unes peuvent diminuer et guérir spontanément; ce sont celles qui ont apparu subitement. On peut les traiter avec succès parfois par la compression. Peut-être pourra-t-on un jour pratiquer la cure chirurgicale.

4. — M. Jeannel (de Toulouse) traite de l'*ostéotomie longitudinale*. L'ostéotomie ou l'ostéoclasie transversales ne permettent jamais d'obtenir un allongement du membre à opérer et l'ostéotomie trochléiforme présente certaines difficultés opératoires. Il propose l'ostéotomie longitudinale, ou plutôt verticale, en bec de flûte, pour pouvoir obtenir un allongement notable. L'incision doit être parallèle à l'axe de l'os. Si l'on opère un tibia rachitique, par exemple, après avoir scié l'os, on exercera une traction sur son extrémité inférieure, après avoir sectionné le tendon d'Achille. Il a obtenu un succès; chez un enfant de 4 ans, il a pu allonger le tibia d'un centimètre. L'ostéotomie longitudinale lui paraît pleine d'avenir (ostéotomie verticale par *dédoublement des os* d'Ollier).

M. Ollier, qui a fait deux fois des opérations analogues, prétend qu'on doit faire de l'extension sur le membre opéré, car il faut vaincre certains obstacles; mais cette traction continue n'est pas absolument nécessaire. Il n'y a pas d'autre moyen d'allonger les os que l'ostéotomie longitudinale; cependant, l'allongement obtenu n'est jamais bien considérable.

5.— M. Bories (de Montauban) lit l'observation d'une énorme *tumeur érectile* de la lèvre inférieure opérée et guérie. Homme porteur d'une tumeur non congénitale de la lèvre inférieure, consécutive à une plaie contuse. C'était un angiome qui menaçait de s'ulcérer et de donner lieu à de graves hémorrhagies. M. Bories l'a traité par l'*électrolyse*. Séances de 8 à 10 minutes; il implantait deux aiguilles aux deux extrémités. Après 4 mois, disparition de la tumeur. Il corrigea la difformité en se servant de la pâte de Canquoin et en régularisant au bistouri.

6. — M. Duplouy (de Rochefort) rapporte un acte chirurgical audacieux qu'il a tenté, mais qui n'a pas été couronné de succès. Il s'agissait d'un *mal de Pott sous-occipital suppuré*. Il incisa les téguments de la nuque, passa entre les muscles de la nuque et put parfaitement atteindre les parties osseuses malades (*grattage de l'axis*). Il insiste sur ce fait, à savoir la possibilité de se rendre jusque sur la colonne cervicale sans léser d'organes importants.

7. — M. Javal (de Paris). — De toutes les affections oculaires, la plus commune est l'*astigmatisme* peut-être. Cependant, jusqu'à ces temps-ci, on s'en était peu occupé. Cela tenait à la difficulté de faire un diagnostic précis, malgré les divers instruments inventés. Le diagnostic est aujourd'hui abordable, et tout récemment il a fait construire un instrument très simple qui permet d'arriver vite à savoir quel est le degré d'astigmatisme.

8 — M. le Dr Ch. Abadie indique les *moyens de prévenir et de combattre les accidents de suppuration consécutifs aux traumatismes de l'œil.* — Les traumatismes de l'œil peuvent résulter soit de blessures accidentelles soit de manœuvres chirurgicales. Dans l'un et l'autre cas ils peuvent s'accompagner de suppuration dont on comprend aisément la gravité extrême. La surface conjonctivale avec ses replis profonds sous-palpébraux est un réceptacle pour les microbes. Les travaux du professeur Gayet et de Fick ne laissent aucun doute à cet égard. Sur 178 ensemencements pratiqués avec un peu de mucus du cul de sac conjonctival supérieur, 139 furent fertiles et 39 stériles. La conséquence de ces recherches s'impose. A la suite de n'importe quel traumatisme et avant de procéder à une opération quelconque on devra faire une irrigation sous-palpébrale assez puissante pour enlever *mécaniquement* les microbes qui pourraient y séjourner. Le liquide employé ne doit pas être irritant il suffit qu'il soit aseptique. Si malgré les précautions prises il y a inoculation et suppuration en un point, que faire? On ne peut compter sur l'emploi des solutions antiseptiques puissantes, sublimé, acide phénique, etc., en raison de l'intolérance de l'œil à leur égard. Voici alors comment je procède: je touche légèrement le centre du foyer purulent avec la pointe effilée rougie à blanc du galvano-cautère et je

repète ces cautérisations légères *toutes les douze heures.* Si la suppuration se déclare après une opération de cataracte les petites pointes de feu doivent être appliquées le long de la plaie sans empiéter sur les parties voisines. — Répétées systématiquement *toutes les douze heures* elles arrêtent complètement le processus morbide et sauvent la cornée d'un désastre certain.

9. — M. Fontan (de Toulon) décrit un procédé imaginé par Roux, mais non employé par lui sur le vivant, permettant d'attaquer les polypes nasopharyngiens d'une façon très commode. C'est une opération préliminaire qui consiste dans la mobilisation du maxillaire supérieur et de l'os malaire, l'apophyse zygmotique et l'apophyse orbitaire externe étant sectionnées par une courte incision cutanée. Cette *résection temporaire maxillo-malaire* donne une porte énorme. On peut obtenir, après l'extirpation des polypes, une réunion par première intention, comme cela lui est arrivé.

10. — M. Kirmisson (de Paris) traite des *résections du squelette dans le but de remédier à des pertes de subtances des parties molles.* Il cite tous les cas signalés et deux observations personnelles. On en connait 8 cas; on a toujours obtenu la guérison.

11. — M. Danion (de Paris) fait une communication sur le *traitement des tumeurs blanches par l'électricité.*

12. — M. Redard cite une observation de *fracture ancienne du tiers inférieur de la jambe gauche chez une femme de 75 ans avec cal vicieux*; elle prouve la supériorité de l'ostéotomie sur l'ostéoclasie. Malgré l'âge avancé de la malade, la guérison a été obtenue. L'âge n'est donc pas une contre indication, même quand il s'agit de cal vicieux très volumineux.

13. — M. Doléris (de Paris) lit un mémoire sur le *traitement des déplacements utérins par la combinaison des opérations plastiques avec le raccourcissement des ligaments ronds.* Cette étude est basée sur 30 observations. Pour cet auteur la statique de l'utérus est fonction de 3 éléments : 1° l'appareil suspenseur (ligaments, adhérences vésicales) ; 2° le support pelvien (muscles du bassin, parois vaginales); 3° la substance même de l'utérus (stroma musculaire de l'organe). — Quand un de ces 3 éléments est détruit ou affaibli, il y a déplacement utérin. Si les déplacements utérins reconnaissent des causes diverses et multiples, il faut donc leur opposer des traitements divers, combiner différentes opérations entre elles. Les 30 femmes qu'il a opérées, présentaient : 1° les unes, une rétroversion simple; 2° les autres une rétroversion avec une rétroflexion; les autres présentaient en outre du prolapsus utérin ; 4° d'autres enfin avaient un utérus dont l'isthme était altéré. 5° Un cinquième groupe renferme les cas dans lesquels il y avait endo-métrite. Pour les malades de la troisième, de la quatrième et de la cinquième catégorie, il a ajouté à l'opération d'Alexander, soit la colporrhaphie antérieure et postérieure, soit la trachélorrhaphie.

14. — M. Duzéa (de Lyon) lit un travail sur les *résections du coude dans les cas d'ankyloses.* Il conseille la résection franche, appliquée aux besoins du malade, au lieu des opérations timides.

M. Ollier est de son avis.

15. — M. Reynier (de Paris) communique une observation de *plaie de l'estomac* suivie de guérison sans intervention (balle de revolver).

16. — M. Lucas-Championnière (de Paris) signale une *opération nouvelle destinée à remédier à la luxation de la rotule.* Un homme de 28 ans était atteint de luxation de la rotule en dehors, du côté gauche. M. Championnière a ouvert largement le genou en dehors, a creusé sur le condyle interne une sorte de gorge de poulie, a placé la rotule dans cette gorge, et l'y a fixée par 12 points de sutures perdues au catgut, la réunissant aux parties molles de cette articulation, après avoir placé un drain et lavé à l'eau phéniquée. 8 jours après le malade était guéri. Reste à savoir s'il retirera un certain bénéfice de cette opération encore récente.

17. — M. Tachard (de Paris) décrit un *appareil de transport applicable dans les ambulances dans les cas de fractures du membre inférieur.*

18. — M. Duret (de Lille) a fait une *opération de Letiévant-Estlander* chez un enfant de 4 ans. Suppuration très abondante durant depuis 18 mois. M. Duret a réséqué 5 côtes dans une étendue de 10 à 15 centimètres. La guérison a été complète et le poumon s'est développé et a repris depuis une ampliation bien plus grande. La déformation s'est corrigée. Cette observation prouve que l'opération en question peut parfois donner des résultats très bons même chez les enfants.

19.— M. Levrat (de Lyon) cite un cas d'*opération de Rizzoli-Esmark.* Un enfant de 6 ans 1/2 était atteint d'ankylose unilatérale de la machoire inférieure par suite d'ostéomyélite infectieuse antéricure. Il ne pouvait écarter les dents ; on l'alimentait avec un tube pouvant passer dans la bouche, grâce à ce qu'on avait arraché quelques dents. M. Levrat l'opéra. Il fit une incision sur le bord de la mâchoire, réclina l'artère faciale, décortica le périoste, passa entre la dernière molaire et la branche montante du maxillaire sans ouvrir la cavité buccale. Il détruisit le périoste en haut, en dehors et en dedans avec le thermo-cautère, après dénudation de l'os et extirpation à la cisaille d'un coin osseux. Au bout de 8 jours les mouvements communiqués étaient possibles. Il n'y eut aucune menace de restauration, et cependant l'enfant eut la scarlatine pendant le traitement. Il est opéré depuis un an et peut aujourd'hui écarter les dents de 1 cent. 1/2. M. Lenat n'est pas fixé sur ce qui va passer par suite de l'accroissement de l'os maxillaire chez cet enfant. Il insiste sur la nécessité de rester en dehors de la bouche pour cette opération ; l'antisepsie est alors praticable. Il faut aussi détruire avec soin le périoste, et faire l'incision cutané le long du bord antérieur du muscle masséter. En procédant ainsi, on aura moins de chance d'ouvrir la cavité buccale.

M. le Président, l'ordre du jour de la séance étant épuisé, déclare close la troisième session du *Congrès des chirurgiens de langue française.*

b) Séance de 5 heures. — Comité secret.

Les propositions de modifications du règlement faites à cette séance et qui suivent ont été adoptées. 1° *Vice-Présidence donnant droit à la Présidence subséquente* (addition à l'article 4 des statuts). Le Vice-Président de la session deviendra *de droit* le Président de la session suivante.— 2° *Publication des communications* (addition à l'article 6 des statuts). La proposition ci-dessous : « Tout travail qui a déjà été imprimé (ou présenté à une autre Société savante ne peut être lu devant le Congrès. Tout travail qui serait publié (autrement que par les soins du Congrès) dans un délai moindre de trois mois après la session, ne figurera que par son titre au volume des comptes rendus » n'a pas été adoptée. Il a été simplement décidé que toute communication publiée antérieurement au Congrès ne figurerait que par son titre dans le volume des comptes rendus du Congrès. — 3° *Lieu de réunion du Congrès* (addition à l'article 11 des statuts). On a modifié ainsi cet article : « Un vote de l'assemblée peut toutefois modifier la date et le *lieu* de la session suivante. »— 4° Il a été en outre décidé que désormais, en dehors des questions mises à l'ordre du jour, il ne pourrait être fait qu'une seule communication par auteur — 5° Le comité permanent d'organisation devra limiter le nombre des questions mises à l'ordre du jour, pour permettre aux chirurgiens étrangers de visiter les services de chirurgie de Paris et d'assister aux opérations.

Le prochain Congrès des chirurgiens de la langue française aura lieu à Paris, dans la première semaine d'octobre 1889 (le premier lundi).

M. le baron Larrey est nommé Président pour 1889 ; et M. le Pr Guyon, Vice-Président.

Don Balestreri.

M. le Dr Balestreri (de Gênes) a offert au comité permanent, qui a accepté, un don de mille francs comme récompense pour le meilleur travail sur le *Traitement du tétanos d'après les travaux les plus récents.* La récompense sera délivrée à la session de 1889 ou à la session suivante, si aucun mémoire n'en était jugé digne avant cette époque. Si le prix n'est pas alors décerné, le montant en sera remis à l'Assistance publique de Paris. Le comité permanent désignera les juges parmi ses membres. *Les mémoires doivent être envoyés à M. le Dr Pozzi, secrétaire général, avant le 1er janvier 1889.*

P. Kéraval et Marcel Baudouin.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Séance du 9 mars 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ, vice-président.

Au nom de la Commission du Sénat chargée de l'examen du projet de loi relatif à l'assainissement de la Seine et à l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris, M. le Préfet de police a saisi le Conseil d'hygiène publique et de la salubrité du questionnaire ci-après :

1° L'épandage des eaux d'égout tel qu'il est pratiqué à Gennevilliers et tel qu'il résulterait de l'adoption par le Sénat, du projet de loi voté par la Chambre sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et sur l'assainissement de la Seine, offre-t-il des dangers au point de vue de la salubrité publique ?

2° Existe-t-il, relativement, à la préservation des eaux de la Seine, un système connu, meilleur au point de vue de la salubrité publique ?

3° Le système du *tout à l'égout* pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal, le 28 février 1887, présente-t-il des inconvénients pour la santé publique ?

4° Y a-t-il un système de vidange connu qui offre moins d'inconvénient pour la salubrité publique.

MM. CHAUTEMPS, CHATIN, ALPHAND et LÉPINE, secrétaire général de la préfecture de police insistent pour que la discussion ait lieu immédiatement.

M. PASTEUR. — Je ne veux, dit-il, envisager la question soumise au Conseil qu'à un seul point de vue, le seul, du reste, sur lequel je puisse prétendre à quelque compétence. Le projet de déversement des eaux d'égout et de vidange de la ville de Paris sur les champs d'Achères est-il en harmonie avec les progrès de nos connaissances sur l'hygiène ? Je réponds non, sans hésiter. Une science nouvelle est née. Ses progrès sont tels qu'en quelques années, elle s'est imposée à l'enseignement supérieur dans toutes les universités du monde. Son impulsion, la chirurgie et la médecine transforment leurs méthodes thérapeutiques. Elle a opéré une véritable révolution dans nos connaissances sur les maladies virulentes et contagieuses et ces maladies composent toute la grande pathologie, si l'on excepte le groupe de maladies nerveuses par hérédité. Or, le principe qui domine toute la microbobiologie est le suivant : les maladies virulentes et contagieuses ne sont jamais spontanées ; elles ont toutes pour origine un ferment de maladie animé, vivant d'une vie propre, un microbe, et la spontanéité de la vie chez les grands animaux et les grands végétaux. Détruisez les microbes de la fièvre typhoïde, de la diphtérie, de la scarlatine, de la rougeole, de la morve, du charbon, du choléra, etc., ou placez-les dans des conditions où ils ne puissent plus nuire et jamais vous ne verrez apparaître un seul cas de ces maladies. Quelles que soient les conditions de vie, de misère physiologique d'un individu, jamais par sa propre nature, jamais il ne pourra créer les maladies dont je parle ni en être atteint à un degré quelconque. Encore une fois, la génération spontanée des êtres microscopiques est une chimère et toutes les maladies virulentes et contagieuses relèvent de la présence et du développement d'êtres microscopiques.

Ce sont là des faits inéludables. Dès lors, quelle doit être la préoccupation d'une grande cité comme Paris, lorsqu'elle se propose d'assainir le fleuve qui reçoit tous les germes de la foule de maladies contagieuses qui déciment sa population ? Il faut que par tous les moyens aujourd'hui en notre pouvoir, l'hygiène se préoccupe de détruire les germes dont je parle ou d'annihiler leur funeste influence. Or, que propose-t-on ? On propose, *non de les conduire à la mer, où ils ne pourraient plus nuire*, mais de les accumuler chaque année de plus en plus sur des champs situés aux portes de la grande ville, et ces champs seront cultivés. Encore, si vous les laissiez stériles, vous ne seriez pas exposés à ramener les germes dans Paris.

M. BOURGOIN croit devoir faire remarquer que les eaux peuvent être purifiées, non pas tant par les agents chimiques que par le sol. Exemple : l'eau de source. Il est favorable au projet.

M. ROCHARD dit qu'il ne partage pas l'avis de M. Pasteur. Il rappelle les travaux de MM. Schlœsing et Muntz sur la nitrification. Le sol, dit-il, est un grand atelier, d'oxydation des matières organiques. L'expérience de Gennevilliers est concluante et les terrains d'Achères présentent les conditions requises pour l'épandage des eaux.

M. ARMAND GAUTHIER craint que l'épandage ne soit nuisible : il faudrait tout au moins, avant de répondre à la question, savoir la quantité d'eau et la surface à irriguer. Il croit que les terrains sont trop perméables : si des filtres en porcelaine, comme il est prouvé, n'empêchent pas le passage des microbes, comment les terrains les arrêteront-ils ? A Berlin, après dix ans d'expérience, on dut changer de terrains, les premiers terrains étant complètement saturés. Il y a d'ailleurs des substances qui ne s'oxydent pas dans certaines conditions, par exemple, lorsqu'elles ne sont pas en présence des ferments. Il conclut, en conséquence, dans le même sens que M. Pasteur.

M. LAGNEAU croit que l'on a répandu tout d'abord trop d'eau à Gennevilliers ; le niveau des eaux s'était élevé de 0 m. 90 c. ; on a diminué la quantité depuis cette époque. Si l'on veut continuer l'expérience, il faut une étendue de terrains très considérable que l'on ne trouvera pas.

M. TRÉLAT dit que l'eau qui aura passé dans le sol sera assurément meilleure que celle que l'on trouve actuellement dans la Seine. Il y aura donc amélioration. En dehors d'un laboratoire, il est impossible de détruire les microbes : il faut donc s'efforcer de n'en avoir que la plus petite quantité possible. Or, à Berlin, le système proposé fonctionne bien. On a dit que les terrains étaient saturés, cela n'est pas étonnant, car, sans augmenter la surface irriguée, on a jeté successivement de l'eau dans tous les quartiers de la Ville. M. Trélat a été bien surpris en voyant Gennevilliers ; il s'attendait, d'après les descriptions, à trouver un bourbier et il n'en est rien. Il est convaincu que si l'on arrive à répandre régulièrement les eaux, la Ville de Paris aura gagné 1 ou 2 pour 10,000 sur sa mortalité ordinaire et que, si elle peut donner de l'eau pure, elle aura encore fait un grand pas dans la voie du progrès.

M. ALPHAND cite les résultats acquis par l'expérience depuis 17 ans à Gennevilliers. L'opération n'est pas un simple filtrage. Il faut des terrains perméables, mais suffisamment épais pour que le passage des eaux se produise lentement et que l'oxygène puisse être en contact pendant quelque temps avec les molécules et détruire les microbes.

M. Alphand cite les analyses faites par M. Miquel en novembre 1887 :

Eau de Seine puisée à Ivry renfermant 5,760 bactéridies; — Au pont d'Austerlitz, 12,000 bactéridies ; — à l'égout, 38,000 bactéridies.

Après passage dans le drain : A Asnières on trouve 54 bactéridies; — à la Garenne, 915 bactéridies ; moyenne 479.

Les eaux de source, dont voici l'analyse : De la Vanne, 115 bactéridies ; — de la Dhuis, 595 bactéridies ; moyenne, 355 bactéridies, ne donnent pas de résultats bien meilleurs.

Les inconvénients qu'on a signalés à Gennevillers existaient en effet avant 1878, mais depuis on a assuré l'écoulement de la nappe inférieure par le drainage. Partant, plus d'inondations, plus de fièvres intermittentes ni à Gennevilliers ni dans les environs, bien que la population ait triplé. La population n'est plus hostile. Ce sont les propriétaires eux-mêmes qui demandent l'irrigation de leurs champs. La Ville de Paris possède seulement six hectares sur les 600 irrigués. L'eau n'est pas stagnante, elle s'écoule par les petites rigoles et disparaît peu à peu laissant une légère couche de matières en suspension dans l'eau.

On avait dit que la villégiature s'était arrêtée à Gennevilliers ; il n'en est rien : le Grésillon, Asnières et Colombes en font foi. D'ailleurs, si l'on n'envoyait pas les eaux d'égout à Gennevilliers, quel moyen employer pour s'en débarrasser, puisque la Ville croit qu'il lui appartient de ne pas empoisonner la Seine ?

On a parlé du *canal à la mer* : outre l'énormité de la dépense, c'est une valeur de 30 à 40 millions qui serait perdue, et il n'est pas nécessaire d'aller au-delà de Mantes pour utiliser toutes les eaux. Le rejet du système proposé aurait pour résultat immédiat l'arrêt des expériences qui se font de tous côtés.

M. Michel Lévy, se plaçant au point de vue géologique, trouve les terrains d'Achères excellents ; ce sont des terrains d'alluvion qui s'étendent dans un rayon de 50 à 60 kilomètres. L'écoulement des eaux est très lent et, à son avis, les terrains ne s'encroûteront pas.

M. Proust a visité en octobre dernier les champs d'irrigation de Berlin, et il a constaté que les résultats étaient excellents; au début les essais avaient été moins satisfaisants, parce que, comme à Genevilliers, on avait omis de drainer. Mais, après l'établissement des drains, on a reconnu que l'eau qui en sort est d'une limpidité parfaite, et l'analyse chimique et bactériologique montre qu'elle est bien épurée. Quant à l'état sanitaire des villages voisins, il est tout à fait bon ; on n'y a pas constaté un cas de fièvre typhoïde ; il y a eu moins de fièvres intermittentes qu'avant l'irrigation, et le chiffre relativement considérable des rougeoles et des diphtéries est le fait d'épidémies qui existaient également dans d'autres villages de la région. La municipalité de Berlin a même installé son premier asile de convalescents dans le voisinage des terrains irrigués.

M. Proust rappelle que les maladies qui peuvent résulter des irrigations sont le choléra et la fièvre typhoïde ; or, pendant l'épidémie de choléra de 1884, il n'y a pas eu un seul cas à Gennevilliers, bien que les irrigations eussent continué. De même, pendant l'épidémie de fièvre typhoïde de 1881-1882, le nombre des cas n'a pas été plus considérable à Gennevilliers que dans les autres communes de l'arrondissement ; M. Proust donnera donc un avis favorable.

M. Schutzenberger partage l'opinion de M. Pasteur ; on ne peut pas dire qu'il n'y a pas de danger, car, s'il y a moins de germes dans les eaux qui ont passé par le sol, il n'est pas prouvé qu'ils soient détruits, et les végétaux les ramèneront à la surface.

M. Pasteur ajoute que le sol est un filtre excellent, mais qu'il y a accumulation continue de germes de maladies, lesquels germes ne sont pas détruits par l'oxydation, notamment ceux de la septicémie et du charbon ; quand à ceux de la diphtérie, dit-il, ils ne sont pas connus. « Je ne puis vous démontrer que vous avez tort, mais vous ne pouvez pas non plus prouver que je suis dans l'erreur. » La solution proposée ne lui paraît pas conforme aux données de la science moderne et *il se déclare partisan d'un canal à la mer*. Il est convaincu que, malgré la dépense qu'entraînerait ce travail, la Ville arrivera à cette solution.

M. Armand Gauthier *ne voit pas d'inconvénient à l'épandage* des eaux sur le sol, pourvu que la surface d'irrigation soit proportionnée à la quantité d'eau qu'elle doit recevoir.

M. Léon Faucher considère la *solution par le canal à la mer comme impossible*, car on ne pourrait jeter en mer les eaux d'égout que pendant les trois heures qui précèdent la pleine mer ; il faudrait donc construire des réservoirs d'une capacité de 180.000 m. c. si l'on voulait déverser les eaux d'égout en mer et l'évacuation des réservoirs devrait se faire totalement en trois heures. En Angleterre, on a du renoncer à ce système.

M. Pasteur constate que MM. les ingénieurs ne sont pas d'accord sur cette question qui, à son avis, aurait besoin d'être mieux étudiée.

M. Schlœsing dit que la question qui effraie est celle du tout à l'égout. Si les eaux d'égout ne contiennent pas de germes de maladies, il ne voit pas d'inconvénients à l'épandage de ces eaux ; sinon, il ne faut pas les utiliser pour l'agriculture, il faut se borner à les *épurer*. Pour cela, il faudrait un terrain consacré exclusivement à l'*épuration* de ces eaux, terrain appartenant à la Ville et où toutes les opérations seraient surveillées par les ingénieurs de la Ville.

M. Pasteur appuie les observations de M. Schlœsing. *Il ne verrait aucune objection scientifique si l'on ne cultivait plus les terrains irrigués.*

M. Proust constate que les terrains irrigués de Berlin sont cultivés et que le rendement des prairies et des champs est satisfaisant. Il existe sur ces terrains des vacheries dont le lait est vendu à Berlin et consommé sans inconvénient.

M. Chatin dit qu'à Versailles l'eau distribuée est puisée en Seine ou dans les étangs ; ces dernières ont couru à la surface du sol et sont riches en matières organiques. Versailles devrait donc être une ville tout à fait insalubre. Cependant, elle a toujours été à l'abri des épidémies.

M. le Président croit le Conseil suffisamment éclairé. La clôture est prononcée. On passe au vote sur l'art. 1er du questionnaire.

Par 24 voix contre 7, le Conseil décide qu'il n'y a pas de danger au point de vue de la salubrité publique à l'épandage des eaux d'égout. Toutefois, des amendements seront discutés à la prochaine séance fixée à vendredi prochain. La séance est levée à six heures.

COMITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE

Séance du 5 mars 1888. — Présidence de M. Brouardel.

M. le Président annonce au comité qu'une *épidémie de fièvre typhoïde* s'étant déclarée au lycée de Quimper, M. le Dr Thoinot a été envoyé, par M. le ministre du Commerce, à Quimper, pour rechercher les causes de la maladie. Des premiers renseignements adressés par M. le Dr Thoinot, il paraît résulter que l'eau d'alimentation du lycée devait être incriminée. Les internes et demi pensionnaires ont été, en effet, seuls atteints, les élèves externes restant indemnes. Mais on ne pourra se prononcer qu'après une enquête approfondie.

En raison de la fraude énorme qu'elle a constatée dans la vente du poivre, une commission d'inspection des pharmacies, drogueries et épiceries, a demandé à M. le ministre du Commerce, s'il n'y aurait pas lieu de diviser les *poudres de poivre* en deux catégories : l'une comprenant les poivres purs, l'autre renfermant tous les mélanges qui devraient être vendus sous une qualification, ne permettant pas de les confondre avec les premiers. MM. Regnault et Martin, rapporteurs de cette proposition, proposent de répondre à M. le ministre que, tout en reconnaissant les louables intentions de la commission, son vœu ne saurait être pris en considération, parce que s'il l'était, à côté de la boîte de poivre pur, on verrait bientôt apparaître la boîte de poivre falsifié, et que l'administration semblerait tolérer, sinon encourager, un délit que la loi l'oblige à réprimer. Ils ajoutent que si la fraude des denrées alimentaires prend, dans certaines régions, des proportions inquiétantes, ce n'est pas que les commissions d'inspections soient désarmées ; c'est bien plutôt qu'elles n'usent pas avec assez d'insistance, des armes que la loi met entre leurs mains. En ce qui concerne le poivre, — dont la consommation totale représente un chiffre sérieux — le chapitre des falsifications est, en effet, des plus curieux et des moins édifiants. Il existe des ateliers possédant des engins spéciaux pour la fabrication du poivre en grains au moyen de pâtes, composées des mélanges les plus hétéroclites (farines de moutarde et de seigle, tourteaux de navette ou de chenevis, sulfate de chaux, craie, et même, dans quelques cas rares, la céruse elle-même. C'est bien pis encore pour le poivre en poudre, dans lequel on voit entrer des farines avariées, du plâtre, des argiles, quelquefois même — on s'en est assuré — les résidus des comptoirs et des planchers de boutiques. Il convient d'ajouter que depuis le fonctionnement du laboratoire municipal, les falsifications ont diminué. Après avoir adopté les conclusions de MM. Regnault et Martin, le comité adopte celles de MM. Vallin et Ogier, sur des projets d'amenée d'eau destinée à l'alimentation de la commune de Mezoen (Isère) et de la ville de Caen.

Épidémies. — On signale une épidémie de *scarlatine* à l'École militaire de Saint-Cyr. L'École a été licenciée. — Une épidémie de *variole* sévit aux environs de Douarnenez.

CORRESPONDANCE

Réformes à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Monsieur le Directeur,

Voulez-vous permettre à un de vos lecteurs, qui a eu l'occasion d'étudier l'organisation de l'hôpital de Berck, de vous soumettre quelques réflexions sur cet établissement : il espère qu'elles seront les bienvenues aujourd'hui que la création des *hôpitaux maritimes* préoccupe à juste titre les grandes villes où la tuberculose et la scrofule font de si épouvantables ravages.

Berck est une plage de malades par excellence où, chaque année, vient demander la guérison à la mer et au climat relativement bénin, un nombre considérable d'enfants et d'adultes, ceux-ci à leurs frais, ceux-là envoyés par l'Assistance publique ou le département de la Seine. Il existe à Berck nombre d'établissements hospitaliers : entre autres, le grand hôpital construit et entretenu par l'Assistance publique ; deux groupes d'Enfants assistés de la Seine (un pour garçons, un pour filles) et un hôpital particulier qui appartient à la famille de Rothschild.

Le grand hôpital, situé à une extrémité de la plage ne renferme pas moins de 700 lits et emploie pour son fonctionnement un personnel nombreux de sœurs et d'ouvriers de tous états. Je ne ferai que mentionner les heureuses cures de maladies scrofuleuses, les nombreux avantages qu'y trouvent les enfants malheureux et souffrants qu'y dirige chaque mois la ville de Paris. Il s'effectue sur cette plage de véritables résurrections.

Que de résultats bien plus satisfaisants n'obtiendrait-on pas si l'Administration faisait plus largement les choses et apportait à cet hôpital éloigné les modifications, les perfectionnements nécessaires? Et tout d'abord cette population de 700 malades est encore et exclusivement soignée par des religieuses; ne serait-il pas grand temps de changer ce système dont les inconvénients ne sont plus à démontrer et de voir dans un hôpital d'enfants des surveillantes laïques habituées aux soins de la maternité. Alors que cette transformation s'est imposée dans les hôpitaux de Paris, comprend-on qu'elle soit encore refusée à Berck. Nous le répétons, la laïcisation rapide et bien comprise de l'hôpital de Berck est absolument urgente; elle doterait cet établissement d'un personnel choisi qui, comme partout, n'obéirait à aucune autre autorité que celle du directeur ou du médecin et qui serait beaucoup plus dans leur main.

A côté du grand hôpital, nous voyons les maisons des Enfants assistés du département de la Seine, ne contenant pas moins de 150 lits chacune, non totalement remplis pour l'instant, il est vrai, mais pouvant être complétés d'un moment à l'autre, suivant les besoins de l'Administration. Enfin, outre l'hôpital de Rothschild qui renferme une soixantaine de malades, qui s'agrandit tous les jours et dont nous ne parlons que pour mémoire, il y a encore à Berck ou dans les environs, disséminés chez des particuliers qui en font leur métier, 150 ou 200 enfants assistés de la Seine : entre autres une *collection d'une vingtaine d'épileptiques* que l'Administration, on se demande pourquoi, a placés là, à 3 ou 4 kilomètres de la résidence du médecin.

Enfin, pour compléter cette énumération déjà si longue, notons qu'il faut encore ajouter, bon an mal an, une population flottante d'au moins 8,000 baigneurs qui, comme Berck n'est ni une plage à la mode, ni une plage de plaisirs, se compose exclusivement de malades ou de parents accompagnant des malades. Berck reçoit donc, outre cette population de baigneurs qui n'y restent guère que 4 mois de l'année, une population hospitalisée de 1100 individus, y habitant été comme hiver.

Il nous reste à examiner quel personnel médical l'Administration fournit pour assurer le service de tant de malades. Or, pour plus d'un millier d'enfants (car tous les services, y compris Rothschild, ont la même direction médicale), l'Administration nomme *un* médecin et *deux* internes. C'est dire que, si en hiver, où toutes les semaines une matinée au moins est consacrée aux opérations, le service est déjà sur les dents au point que nombre de pansements et la plupart des appareils sont laissés à l'initiative des sœurs, en été, le service hospitalier devient absolument surchargé, augmenté qu'il est de celui de la plage. Mais, si les soins donnés aux malades du grand hôpital sont insuffisants, que dirai-je de ceux dont sont l'objet les enfants assistés qui ne reçoivent de visites que rarement et dont les pansements des grands opérés, car on y pratique des résections du genou, de la hanche, des amputations, etc., sont généralement laissés à l'initiative des braves gens qui dirigent ces maisons et qui font de leur mieux, mais ne sont guère à même de pratiquer qu'une antisepsie plus ou moins rigoureuse.

Parmi les réformes urgentes qui, outre la laïcisation, s'imposent à bref délai à l'hôpital de Berck, nous citerons la création d'un second service dont le chef, *nommé au concours*, pourrait être choisi parmi les jeunes chirurgiens du Bureau central qui seraient probablement très heureux d'occuper un poste aussi intéressant que lucratif. Cette mesure aurait, entre autres avantages, celui de procurer au médecin résident un remplaçant pour les fréquentes absences qu'il est obligé de faire soit pour répondre aux exigences de sa clientèle, soit pour réparer sa santé délabrée par un aussi épouvantable service.

De cette façon on ne verrait plus, comme cela s'est passé récemment, le chirurgien abandonnant pour un mois son service aux mains de ses internes qui n'en peuvent mais... assistés pour la forme par un jeune docteur venant de terminer plus ou moins rapidement ses études, acceptant cette fonction passive pour une raison ou pour une autre et que l'Administration ne choisit même pas parmi les anciens internes des hôpitaux ou de Berck, ce qui, cependant, serait une garantie.

Voilà, Monsieur le Directeur, quelques-unes des nombreuses réflexions que m'a suggérées l'étude de Berck et de son service médical et hospitalier. Les réclamations que nous venons de faire, les réformes que nous venons de proposer sont le minimum de celles qu'il est possible de demander Nous serions heureux, du reste, que ces réflexions pussent déterminer les pouvoirs compétents à faire une enquête sur la situation ; ils verraient que le seul souci des intérêts des malades a été notre unique préoccupation.

Veuillez agréer, etc... X...

Nous ne saurions trop vivement appeler l'attention du Conseil municipal et de l'Administration sur la situation de l'hôpital de Berck. Laissant du côté la laïcisation qui viendra naturellement après celle de l'hôpital Saint-Louis et de l'Hôtel-Dieu, que M. Peyron a promis de faire pour le mois de juillet, au plus tard, nous devons insister sur le service médico-chirurgical.

A notre avis, l'Administration devrait nommer à côté du médecin actuel, un des médecins ou des chirurgiens du Bureau central et, dans l'avenir, avoir un médecin et un chirurgien des hôpitaux à la tête de cet hôpital, aidés de quatre internes recrutés par le concours général de l'internat des hôpitaux. Les besoins des malades l'exigent. Les enfants assistés et les enfants épileptiques exigent des visites régulières qui, avec le personnel actuel, ne peuvent avoir lieu, malgré le zèle et le dévouement de ce personnel. Le placement des épileptiques adultes dans les fermes a donné des résultats qui semblent avantageux. On pourrait en discuter les bons effets en ce qui concerne les enfants, surtout en l'absence d'école, de gymnastique, etc. Mais dans les colonies d'épileptiques bien organisées, il y a des visites fréquentes ; les malades sont soumis à un traitement ; il y a un personnel professionnel expérimenté, en mesure de seconder le médecin. Nous devons ajouter que l'Administration devrait réclamer du médecin un rapport annuel, détaillé, sur cette colonie d'épileptiques.

Puisque l'occasion s'en présente, nous devons dire un mot d'un projet qui consisterait à augmenter de 300 enfants la population de l'hôpital. Ce serait là une faute. Les services généraux actuels ont été établis pour une population de 700 enfants. Ils deviendront insuffisants ; il faudra ou les agrandir ou les modifier et on aura les mêmes inconvénients que ceux qui existent aujourd'hui dans les asiles d'aliénés de la Seine dont on a augmenté le nombre des lits. Il est de beaucoup préférable de créer un second hôpital maritime sur une autre plage, par exemple sur les côtes de Normandie ou de Bretagne.

VARIA

Faculté des Sciences de Paris.

(SECOND SEMESTRE 1888).

Les cours de la Faculté ont été ouverts le vendredi 16 mars 1888, à la Sorbonne.

Cours ordinaires. — *Physique* : Les mardis et samedis, à deux heures. M. LIPPMANN, professeur, a ouvert ce cours le samedi 17 mars. Il traite de l'Acoustique et de l'Optique. — *Chimie organique* : Les mercredis, à une heure et demie, et les vendredis, à dix heures et demie. M. FRIEDEL, professeur a ouvert ce cours (3, rue Michelet) le vendredi 16 mars. Il traite des fonctions et étudiera les composés de la série aromatique. — *Minéralogie* : Les lundis et jeudis, à deux heures trois quarts M. HAUTEFEUILLE, professeur, a ouvert ce cours le lundi 19 mars. Il étudie les caractères généraux des minéraux et les principales espèces minérales. — *Zoologie, anatomie, physiologie comparée* : Les mardis et samedis, à trois heures et demie. M. Yves DELAGE, professeur, a ouvert ce cours le samedi 17 mars. Il étudie les Annelés. Les travaux pratiques, les conférences et les manipulations auront lieu dans les laboratoires, sur les sujets relatifs aux examens de la licence. — *Botanique* : Les mercredis et vendredis, à dix heures et demie M. Gaston BONNIER professeur, a ouvert ce cours le vendredi 16 mars. Il étudie les principaux groupes des végétaux appartenant à la flore européenne. — *Géologie* : Les mercredis et vendredis, à trois heures. M. HÉBERT, professeur, a ouvert ce cours le mercredi 21 mars. Il expose successivement les caractères de chacune des périodes géologiques.

Cours annexes. — *Chimie analytique* : Les mercredis, à trois heures et demie. M. RIBAN, Maître de conférences, chargé du cours, a ouvert ce cours le mercredi 21 mars. Il traite de l'analyse quantitative (Amphithéâtre de la rue Michelet, n° 3).

Conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs. Les étudiants ne sont admis à suivre les conférences qu'après s'être inscrits au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée. *Sciences physiques* : M. MOUTON, Maitre de conférences. Les travaux ont lieu les lundis, mercredis, jeudis à 9 heures, et les vendredis, à 8 heures, dans le laboratoire d'enseignement de physique. — M PELLAT, Maître de conférences. Il traitera la capillarité et la propagation de la chaleur ; ces conférences auront lieu les lundis, à 8 heures, et les jeudis, à 4 heures (Amphithéâtre de physique). — Les conferences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à 8 heures (Annexe du laboratoire de physique). — M. JANNETTAZ, Maitre de conférences, fera des conférences sur la *Minéralogie*, les mardis et samedis, à 8 heures 1/2, dans le Laboratoire de minéralogie — M. JOLY, Maître de conférences, fera, les mardis et samedis, à 10 heures 1/2. (Salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2), des conférences de chimie sur des sujets indiqués par MM. les professeurs TROOST et DEBRAY. — Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à 5 heures, dans le Laboratoire. — M SALET, Maître de conférences, continuera à traiter de la *Chimie organique*, les mardis et samedis, à 3 heures 1/2, dans la salle des conférences. — A partir du 14 avril, à 3 heures 1/2, et les samedis suivants à la même heures, il traitera dans son Laboratoire de la Spectroscopie et de la Photochimie.— M. RIBAN, Maître de conférences, fera, au laboratoire, le lundi à 11 heures, une conférence pratique d'analyse qualitative : les travaux ont lieu tous les jours, de 9 heures à midi et de 1 heure à 5 heures. – Les manipulations pour la Licence, les lundis, mercredis, jeudis, à 9 heures, et les vendredis, à 8 heures. — Manipulations de Chimie, le mercredi, de 1 heure à 5 heures, pour les candidats à l'agrégation ; le jeudi, de 1 heure à 5 heures, pour les professeurs des collèges. — *Sciences naturelles* : M. J. CHATIN, professeur adjoint, continuera, les lundis et jeudis, à 10 heures, dans l'Amphithéâtre d'histoire naturelle, l'étude des organes et des fonctions de nutrition. — M. PRUVOT, Maitre de conférences, fera, les mardis, au laboratoire de zoologie, à midi, et les samedis, à l'Amphithéâtre d'histoire naturelle, à 11 heures 1/2, des conférences de *Zoologie*. — M. VESQUE, Maitre de conférences, fera, les lundis et les jeudis, à midi, dans la salle des conférences, des conférences de botanique. — M. VELAIN, Maitre de conférences, fera, les lundis et jeudis, à 9 heures, des conférences sur les diverses parties de la *Géologie*. Les élèves seront exercés, au laboratoire de géologie, à la détermination des roches et des principaux fossiles caractéristiques des terrains, les mardis, mercredis, vendredis et samedis, de 9 heures à 11 heures 1/2. Les candidats aux baccalauréats ès sciences doivent s'inscrire au secrétariat de la Faculté, et consigner en même temps les droits de ces grades ; les registres sont clos irrévocablement six jours avant l'ouverture des sessions. Le registre des inscriptions prescrites pour la licence sera ouvert, au secrétariat de la Faculté, les quinze premiers jours des mois de janvier, avril et juillet (novembre pour l'année 1888-1889). La première session pour les trois licences s'ouvrira du 1er au 10 juillet 1888 ; la deuxième, du 25 octobre au 10 novembre. Les candidats sont tenus de s'inscrire au secrétariat de la Faculté. L'inscription est close huit jours avant l'ouverture de la Session.

Création d'un Institut vaccinal municipal.

La campagne entreprise depuis longtemps par le *Progrès Médical* et par les journaux d'hygiène pour la création d'un Institut vaccinal à Paris est sur le point d'aboutir. L'Administration de l'Assistance publique a institué une commission composée de MM. Peyron, Levraud, Vaillant, Chautemps, Dubrisay, Risler, Brouardel, Proust, Du Mesnil, Lépine, Bezançon, Mourlan, Baudouin des Salles. Cette Commission a entendu MM. Chauveau, membre de l'Institut, qui a fondé l'Institut vaccinal de Lyon, Nocard, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort, Vaillard, agrégé au Val de-Grâce, chargé du service des revaccinations ; MM. Chambon et Launay, vaccinateurs ; MM. Gallois et Bouvard, architectes. Les résultats des travaux de cette Commission seront prochainement soumis au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, puis au Conseil Municipal.

Nous ne pouvons que nous féliciter de ce résultat. Il est tout à fait logique que, avant de se lancer dans la création dispendieuse d'hôpitaux de varioleux, on commence par la création d'un Institut vaccinal et que l'on procède à une réforme sérieuse de la revaccination.

Dispensaire de salubrité de la ville de Paris. Service médical.

Désormais, par décret du 1er mars, le service médical du dispensaire de salubrité sera recruté au concours. Pour prendre part à ce concours il faudra être âgé de moins de 35 ans. Les épreuves du concours consistent en une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers, une épreuve écrite de deux heures sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie, deux épreuves orales de diagnostic de dix minutes chacune après dix minutes de préparation. — Le jury du concours est nommé par le préfet de police sur la présentation du doyen de la Faculté de médecine. Il sera choisi parmi les membres de l'Académie de médecine, les professeurs titulaires ou agrégés de la Faculté, les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, les médecins titulaires de Saint-Lazare. — Il y aura cinq juges et un suppléant. — Les fonctions de médecins du dispensaire cessent à l'âge de 65 ans.

Nous devons tout d'abord féliciter M. Bourgeois d'avoir institué le concours pour le recrutement des médecins du dispensaire. Nous regrettons toutefois que la mesure radicale que nous réclamons depuis bien des années n'ait pas été prise c'est-à-dire que le concours n'ait pas été institué pour le recrutement : 1° des médecins de St-Lazare ; 2° du médecin de l'infirmerie de la Santé, en même temps que pour le recrutement des médecins du dispensaire. A notre avis, ce recrutement devrait se faire parmi les médecins et chirurgiens du bureau central, c'est-à-dire que la préfecture de police aurait dû charger l'Assistance publique, *administration municipale*, de la composition du Jury et de l'organisation de ce concours.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France.

L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 8 et 9 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria. MM. les membres du Conseil général de l'Association et de la commission administrative de la Société centrale ont l'honneur d'inviter MM. les présidents et délégués des Sociétés locales au banquet qui aura lieu le dimanche 8 avril, à sept heures précises, dans les salons de l'Hôtel Continental, rue Castiglione. MM. les présidents et délégués de Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand Amphithéâtre de l'Assistance publique, le dimanche 8 et le lundi 9 avril, à une heure.

Ordre du jour de la séance du dimanche 8 avril 1888. La séance sera ouverte à deux heures et demie 1° Allocution du Président ; 2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier ; 3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Richelot, membre du Conseil général ; 4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1887, par M. Riant,

membre du Conseil général ; 5° Première partie du rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888. A sept sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 9 avril 1888. La séance sera ouverte à deux heures et demie. 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ; 2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ; 3° Deuxième partie du rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888. Discussion et vote des propositions ; 4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1889 ; 5° Election du secrétaire général de l'Association en remplacement de M. Foville, décédé ; 6° Renouvellement partiel du Conseil général : Membres du Conseil à renouveler : MM. Riant, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Laennec, Bourienne, arrivés au terme de leur exercice (Les membres du Conseil sont rééligibles) ; 7° Rapport fait au nom du Conseil général par M. Horteloup, sur la fixation de l'assemblée générale en 1889 ; 8° Rapport de M. de Ranse sur le vœu émis par la Société de la Loire et Haute-Loire en 1887 ; 9° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1889.

Cours pour médecins praticiens en Allemagne.

M. le Dr P.-G. Unna, un savant connu des dermatologistes et des syphiligraphes, va ouvrir le 1er *avril prochain* à Hambourg (Dammthorstrass, 15-I), un cours destiné *aux médecins praticiens qui veulent se consacrer à la Dermatologie*. Ce cours, qui durera *six mois*, comprendra l'ensemble de l'histologie, de la bactériologie, du diagnostic et de la thérapeutique des *maladies de la peau*. Il n'a rien de commun avec les cours de quatre à six semaines. Il serait plutôt comparable à l'enseignement semestriel de l'Institut physiologique allemand. Les matériaux en seront fournis par la collection histologique du Dr Unna et les ressources de sa clinique et de sa poli-clinique. L'enseignement, espère-t-il, sera des plus complets et des plus féconds en un semestre ou deux au plus.—Quelques tentatives de cours pour les praticiens ont été faites dans ces derniers temps à Paris ; il est bien à désirer que les médecins et les chirurgiens des hôpitaux organisent des cours pour les praticiens pendant les vacances.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Hippolyte BLOT.

M. Hippolyte Blot, membre de l'Académie, agrégé d'accouchements, membre de la Société de Chirurgie depuis 1861, ancien président de cette Société en 1871, etc..., vient de mourir à l'age de 65 ans.

Blot a attaché son nom à des découvertes qui ont eu un certain retentissement ; parmi ses principaux travaux, nous citerons : sa thèse de Doctorat sur *l'Albuminurie des femmes enceintes, ses rapports avec l'éclampsie, son influence sur l'hémorrhagie utérine après l'accouchement* (1849) ;—*Note sur une nouvelle application de l'auscultation obstétricale au diagnostic de l'hydrocéphalie pendant le travail de l'accouchement* (1853) ;—*Des tumeurs sanguines de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement* (Th. d'agrég. 1853) ;—*De la glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes* (1856); — *Du ralentissement du pouls chez les accouchées* (1864). — Blot avait de plus imaginé (1855) un perforateur du crâne très ingénieux et très pratique qui porte son nom.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. *Conférences d'anatomie pathologique.* — M. E. Brissaud, agrégé, commencera les Conférences d'anatomie pathologique, le mercredi 21 mars 1888, à 5 heures de l'après-midi (amphithéâtre Cruveilhier), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. le Pr Guyon commencera le Cours de pathologie chirurgicale, le mercredi 21 mars 1888, à 3 heures de l'après-midi (grand Amphithéâtre) et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure,

Cours de pathologie interne. — M. le Prof. Damaschino commencera le cours de pathologie interne, le jeudi 12 avril 1888, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

Conférences d'anatomie.—M. Rémy, agrégé, commencera les conférences d'anatomie, le lundi 19 mars 1888, à 3 heures (Petit Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Conférences de pathologie externe. — M. Reclus, agrégé, commencera ces conférences, le mardi 20 mars 1888, à 4 heures de l'après-midi (Petit Amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

École pratique. Exercices opératoires (Deuxième cours). — M. le Dr Boiffin, prosecteur, avec le concours de 6 aides d'Anatomie, fera sa première démonstration, le mardi 20 mars 1888, à 1 heure précise, Pavillon n° 1.

Hôpital Necker, *Incendie.* — Hier matin, vers dix heures, un commencement d'incendie s'est déclaré dans le laboratoire de l'hôpital Necker. Le feu avait pris naissance dans le plancher, et a été éteint par les pompiers, après une heure d'efforts. On estime les dégats à une dizaine de mille francs. (*Radical*, 22 mars 1888).

Association française pour l'avancement des sciences. — M. Levasseur, membre de l'Institut, président de la section des sciences économiques et sociales du comité des travaux historiques et scientifiques, est chargé de représenter le Ministre de l'Instruction publique, des cultes et des beaux-arts au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, qui se tiendra à Oran, le 29 mars au 3 avril 1888.

Service de santé militaire. — *Médecins de l'armée territoriale* : 260 médecins-majors de 2e classe seront convoqués pour 13 jours en 1888. Il y aura deux séries (1° du 9 avril au 21 : 2° du 28 mai au 9 juin).

Nécrologie. — M. le Dr Jeanbernat (de Toulouse). — M. le Dr Charoulet (de Lescelles). — M. le Dr Balestreri (de Gênes). — M. Schnitzler, élève du service de santé militaire à Nancy. — M. le Dr Senelle, médecin de marine en retraite. — M. le Dr Marié (de Paris). — M. le Dr Canas (de Cagliari). — M. le Dr Torres, professeur d'obstétrique à la Faculté de Madrid. — M. le Dr Toropor, ex-professeur de thérapeutique à la Faculté de Moscou.

BULLETIN BILBIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

Babinski (J.). — **Sur une déformation particulière du tronc causée par la sciatique.** Brochure in-8 de 24 pages et 5 planches hors texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50.

Blocq (P.). — **Des contractures.** Contractures en général, la contracture spasmodique, les pseudo contractures. 1 beau volume in-8 de 2 6 pages, avec 8 figures dans le texte, une planche chromo-lithographique et trois phototypies. — Prix : 5 fr. — Pour nos abonnés. . . . . . 4 fr.

Blocq (P.). — **Sur une affection caractérisée par de l'ataxie et de l'abasie** (Incoordination motrice pour la station et pour la marche (Charcot et Richet). — Ataxie motrice hystérique (V. Mitchell). — Ataxie par défaut de coordination automatique (Jaccoud). 1 vol. in-8 de 55 pages avec 6 figures. — Prix 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 13. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 31 MARS 1888.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Du diagnostic différentiel dans les maladies des yeux ;

par le Dr GALEZOWSKI (1).

Messieurs,

Depuis bon nombre d'années déjà, je viens à chaque renouvellement scolaire, me présenter ici pour y traiter certains points de l'ophtalmologie. Comme vos devanciers, vous me faites l'accueil le plus symphatique ; j'en suis tout heureux, croyez-le bien, et je vous en remercie. Je trouve, au milieu des occupations et des soucis multiples de la clientèle, une sorte de délassement et une satisfaction bien sincère à faire nos conférences. C'est mon passé, c'est ma jeunesse que je revois en vous, et soyez sûrs que ni la renommée, ni le bien-être ne peuvent compenser les souvenirs et les illusions que les années emportent avec elles.

Aussi, Messieurs, si, ce que je souhaite, vous retirez quelque enseignement utile de mes paroles, je suis heureux de dire que, moi-même, je trouve tous les ans près de vous un renouveau de jeunesse et d'enthousiasme et j'y puise une nouvelle énergie pour l'avenir. Merci donc d'être accourus si nombreux à mon appel et permettez-moi de vous exposer le plan des études que nous allons commencer.

Nous étudierons : 1° Le diagnostic différentiel des maladies externes et internes des yeux ; 2° Les affections oculaires sympathiques, réflexes et constitutionnelles ; 3° Les maladies des yeux en rapport avec les altérations du cerveau, de la moëlle épinière, du cœur.

C'est, vous le voyez, un programme bien vaste pour l'exécution duquel le temps nous ferait certainement défaut si nous voulions le prendre au pied de la lettre et le suivre pas à pas, mais là n'est point mon intention. Je veux, non pas refaire la pathologie classique en vous décrivant des cas types, car si on s'en tenait exclusivement à leurs descriptions, il semble que la médecine serait chose bien facile, mais je veux, sans m'y appesantir, vous montrer les difficultés nombreuses, non prévues dans les traités, que présente le diagnostic et que l'on peut résoudre en analysant chaque symptôme en particulier, en les groupant et les comparant ensuite pour vous convaincre que si, pris isolément, ils ont peu ou pas de signification bien grande, ils deviennent, réunis ensemble, pathognomoniques de telle ou telle affection. Certes, direz-vous, cela n'est point facile et il faut pour cela la grande habitude que donne l'expérience. J'en conviens, et c'est pour vous faire profiter de celle que me vaut la quantité immense de malades que j'ai vus dans ma pratique que je suis ici. Je ne manquerai donc pas de vous dire tout ce que je sais, mais cela ne vous suffira pas ; rappelez-vous bien que la *méthode* dans le diagnostic, ainsi que nous l'a enseigné notre grand clinicien Trousseau, est la base indispensable, et que sans examen méthodique on n'arrive à rien. Parfois, malgré la plus grande expérience clinique, il est difficile de se prononcer d'une façon catégorique sur tel ou tel cas. J'ai vu, Messieurs, 130,000 malades à ma clinique, 30,000 à ma consultation de la ville, j'ai recueilli des détails précis sur chaque cas particulier et malgré cela il se présente encore à mon observation des cas embarrassants, non seulement au point de vue du diagnostic mais aussi au point de vue de l'évolution, de la marche de la maladie. Si donc avec ma grande expérience, je trouve des cas difficiles, combien plus nombreux les rencontrerez-vous, si vous négligez d'être méthodiques dans votre examen, si vous passez inaperçus certains des symptômes qui vous sont offerts.

Comme vous l'avez remarqué, j'ai mis dans le troisième point de notre programme que nous passerions en revue les maladies des yeux en rapport avec les altérations du cerveau, de la moëlle épinière, du cœur, j'aurais pu, si j'avais voulu généraliser, ajouter avec les altérations de tous les autres organes, car l'œil, dans la grande majorité des cas, donne l'expression de tout ce qui se passe dans l'organisme entier, il est le siège de manifestations qui sont le contre-coup des maladies les plus éloignées. Aussi y a-t-il une importance considérable à en faire l'examen le plus attentif puisqu'il peut nous révéler l'existence d'affections générales que nous ne soupçonnons même pas.

Nos maîtres nous ont dit souvent dans leurs cliniques : « Habituez-vous rien que par le regard d'un malade à juger de la nature de sa maladie. » Gosselin et Denonvilliers ont écrit dans leur Traité des maladies des yeux, à une époque par conséquent où l'ophtalmoscope était à peine naissant. « Examinez avec attention l'aspect du malade, son regard. Voyez comme il marche, comme il regarde en haut ou en bas. Sa démarche est-elle assurée ou non, vous saurez déjà si vous avez à faire à un amaurotique. » Aujourd'hui même, malgré toutes les études faites depuis cette époque, malgré les connaissances les plus approfondies que nous avons pu acquérir, il nous faut tirer grand profit de l'aspect général du malade, comme nous le conseillent Gosselin et Denonvilliers, il ne faut pas négliger d'examiner les symptômes d'ensemble tels que l'expression, le regard, le port de la tête, car ils nous aideront à nous faire *à priori* une idée de l'état de l'œil et des lésions dont il peut être le siège. Voyez l'amaurotique. Comme il marche. Loin de craindre la lumière, il porte la tête haute, les yeux grands ouverts, il regarde le soleil en face. Sans souci des dangers qu'il peut courir, sa démarche est des plus assurées. Il semble qu'il croit voir et il est aveugle. Souvent même il n'a pas la sensation de la lumière. Considérez au contraire l'individu cataracté. Comme il va la tête basse, les sourcils saillants, la paupière à demi close. Il fuit le soleil, le grand jour, c'est que l'obscurité lui plaît mieux. Là il est moins ébloui, il voit. Vous comprenez donc que, d'après l'attitude, on peut déjà préjuger le diagnostic.

Les affections soit internes, soit externes des yeux présentent de très grandes variétés qui dépendent de la nature de la maladie, de sa marche, de sa cause. Après avoir pris bonne note de l'aspect que le malade vous offre au premier abord, examinez le siège de son mal,

(1) Leçon faite à l'Ecole pratique de la Faculté de médecine 1887, recueillie et rédigée par M. le Dr DESPAGNET.

passez en revue les divers signes physiques qu'il présente, informez-vous si c'est rapidement ou lentement que le mal a évolué, depuis combien de temps il dure, par quelles transformations il a passé, s'il y a eu des périodes d'exacerbation et d'accalmie, étudiez-en la marche, en un mot et vous trouverez certainement là de quoi vous éclairer. Trousseau, qui avait tant d'expérience, disait une chose très juste : « Connaître la marche des maladies, c'est la moitié de la médecine. » N'oubliez jamais cette parole du grand maître si vous ne voulez être exposés à des erreurs continuelles.

Ce n'est pas tout. Il vous faut aussi connaître la cause du mal. Rien n'est plus frappant que les changements que subit une même affection de l'œil suivant les différentes causes qui la produisent. L'inflammation de l'iris, par exemple, suivant qu'elle est d'origine syphilitique ou qu'elle se développe sous l'influence de la glycosurie, de la goutte, du rhumatisme ou qu'elle a eu enfin pour point de départ une action locale, présentera tant de variations qu'on pourra se demander si c'est toujours une iritie que l'on voit évoluer. C'est qu'en effet, cette affection varie suivant la constitution du malade. Il ne suffit pas de tirer parti de l'aspect de l'individu, de savoir la marche de la maladie, il faut aussi en découvrir la cause, si vous voulez établir une thérapeutique efficace. Et c'est précisément dans les modifications offertes par l'évolution du mal que vous trouverez surtout le symptôme le plus caractéristique, d'après lequel vous pourrez établir votre étiologie.

Visitant dans un voyage à New-York les cliniques de cette ville, je fus consulté par un de mes collègues au sujet de l'un de ses clients. La cornée d'un œil était trouble, parsemée de petits exsudats infiltrés dans ses couches. C'était une thératite ponctuée, dénommée là-bas *aquo-capsulite*, et on le soignait pour une inflammation simple de la cornée, idiopathique. Or, Messieurs, nous savons d'une façon certaine que l'inflammation de la cornée, se présentant sous cette forme de petits exsudats pointillés, interstitiels, est toujours symptomatique d'une lésion profonde de l'œil cyclite, ou choroïdite. Je fis donc l'examen ophtalmoscopique et je pus constater une choroïdite manifeste qui présentait les caractères types de l'origine syphilitique. Le malade niait bien les antécédents, on a tant de raisons pour ne pas les avouer, mais pressé de questions, il finit par reconnaître qu'il avait eu une ulcération primitive il y avait quinze ans. D'ailleurs, peu nous importaient ses réponses, l'aspect de l'œil nous en disait assez pour constituer un traitement, sans lequel le mal traînait en longueur et ne faisait que s'aggraver.

« Une cause est ce qui produit un effet » a dit Jaccoud, et la cause, suivant les effets qu'elle aura produits, vous permettra de juger de la nature de la maladie. Mais, supposons que vous ayez bien appliqué ce que je viens de vous dire, que vous ayez examiné un à un tous les symptômes, fait les recherches étiologiques, étudié les signes concomittants, croyez-vous que vous aurez fait suffisamment et que vous êtes bien armés pour poser un diagnostic exact ? Non, pas encore. L'œil présente à ce point de vue les mêmes difficultés que les autres organes. En effet, nous nous trouvons parfois en présence de symptômes tellement bizarres que nous ne savons s'il s'agit de telle ou telle affection. La même maladie peut présenter les symptômes les plus variés. Deux ou trois maladies, enfin, peuvent présenter les mêmes symptomes. Vous voyez alors votre embarras. C'est à vous de savoir discerner et de procéder par voie d'exclusion. J'insiste là-dessus et je ne saurai trop vous le répéter, vous ne devez faire le diagnostic d'une maladie quelconque qu'en employant ce moyen. Ce procédé est recommandé par tous les cliniciens et je me rappelle que mon maître Desmarres y attachait la plus grande importance. Un malade se présentait, il nous interrogeait tous ; il fallait décrire tous les symptômes accusés, dire toutes les maladies auxquelles on pouvait les rapporter et ce n'était que par voie d'exclusion qu'il nous permettait de conclure. C'est par ce procédé que Nélaton, dans ses célèbres leçons, établissait avec une si grande précision le diagnostic des maladies les plus complexes. C'est ainsi que procède journellement mon ami Tillaux, dont l'enseignement est si apprécié. C'est donc le diagnostic différentiel que je vous recommande. Chaque jour vous entendez les professeurs Sée, Peter, Potain, dans leurs admirables conférences cliniques vous dire combien il est précieux. Soyez-en les esclaves et vous ne commettrez d'erreurs que dans les cas tout à fait exceptionnels.

La responsabilité du médecin dans les maladies des yeux est très grande, c'est qu'en effet terribles sont les conséquences d'un mauvais diagnostic. Comment ? un individu vient se confier à vous, il vous raconte ce qu'il éprouve, et vous, par manque d'attention, parce que vous n'aurez pas été complet dans votre examen vous allez commettre une erreur et plonger votre malade dans la cécité complète et peut-être pour toujours. Quel désastre plus grand que celui-là, quel tourment pour votre conscience. Quand je pense à tout ce que j'ai vu dans ma vie de lamentables conséquences d'examens mal faits, j'en frémis et c'est pour vous épargner d'aussi cruelles déceptions que je veux insister dans ces quelques leçons, non pas sur la description des maladies, que vous trouvez dans tous les Traités, mais sur les difficultés que présente le diagnostic de certaines affections et sur le moyen d'y obvier. Je vous apprendrai le diagnostic différentiel.

PATHOLOGIE INTERNE

Quelques cas d'alcoolisme précoce ;

par **Gaston LYON**, interne des hôpitaux.

L'alcoolisme fait, de jour en jour, de plus grands ravages ; c'est là un fait de constatation trop banale ; il n'est pas de service de médecine où l'on ne trouve réunis en grand nombre les cirrhotiques, les brightiques, les artério-scléreux qui ne sont redevables de leur maladie qu'à la seule boisson ; quant à l'influence indirecte, sur l'organisme, des excès alcooliques, nous venons d'en observer un exemple topique chez un malade reçu récemment dans le service de M. le Dr Luys ; cet homme, entré avec des lésions de tuberculose pulmonaire très avancée (caverne intéressant tout le lobe supérieur du côté gauche) *est malade depuis cinq mois seulement* ; il est indemne de tous antécédents héréditaires; c'est un homme de haute taille, à la poitrine large, aux muscles puissants ; aussi avons-nous été étonnés, tout d'abord, de la rapidité avec laquelle les lésions ont évolué chez lui, mais nous avons trouvé bien vite les raisons de cette tuberculose à étapes précipitées, mais à marche insidieuse, car le malade n'a pas de réaction fébrile, porteur aux halles, il avoue absorber, depuis plusieurs années, de six à sept litres de vin par jour, sans compter les liqueurs.. ..

Nous ne voulons ici qu'appeler l'attention sur la fréquence de plus en plus grande des manifestations de l'alcoolisme chronique chez les jeunes sujets.

En ce qui concerne l'alcoolisme précoce, on doit distinguer deux ordres de cas : ou bien il s'agit d'enfants de dix à quinze ans, se livrant à des excès de boissons, par suite d'une prédisposition héréditaire (1) qui les porte instinctivement à l'alcoolisme, ou parce qu'ils voient les gens de leur entourage s'enivrer journellement ; ou bien il s'agit (ce sont ces cas que nous avons en vue) de jeunes gens plus âgés, qui deviennent alcooliques de par le fait de leur profession ; il s'agit toujours de garçons marchands de vin, de voyageurs de commerce qui s'alcoolisent d'autant plus inconsciemment que la quantité journalière d'alcool ingérée par eux leur paraît minime.

Observation. I. — *Alcoolisme chronique ; purpura alcoolique.* « Le nommé V... (Eugène), âgé de 20 ans, garçon chez un marchand de vins, entre le 29 octobre 1887, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. le Dr Luys. Salle Saint-Ferdinand, lit n° 11. — *Antécédents héréditaires.* Le père de V. a eu à plusieurs reprises des douleurs articulaires ; mais il est d'une bonne santé habituelle ; c'est un homme sobre et rangé, la mère est bien portante ; V... a un frère et une sœur qui sont en parfait état de santé. — *Antécédents personnels.* V... est venu à Paris à l'âge de treize ans et s'est placé chez un marchand de vins ; il ne s'est mis à boire que depuis deux ans seulement ; jusqu'alors il ne buvait que du vin et pendant les repas seulement. V..., prend habituellement un petit verre d'eau de vie le matin à jeun ; avant le déjeuner un apéritif ou un verre de vin ; à chaque repas deux verres de vin étendu d'eau ; après le déjeuner un petit verre avec le café et dans l'après-midi un verre de vin ou de cidre ; quelquefois aussi un apéritif, V... n'a jamais pris d'absinthe et ne s'est jamais enivré.

Sa santé s'est maintenue assez bonne, en apparence du moins, jusqu'à ces derniers temps, il mange de bon appétit, ses digestions s'effectuent régulièrement, mais le matin à jeun il a des pituites, depuis plus d'un an et de la tendance à la constipation. Il a souvent des crampes dans les mollets, dans les doigts ; assez souvent aussi de la courbature, de la douleur dans la région lombaire. Le sommeil est troublé fréquemment par des rêves, il croit servir des clients et se voit poursuivi par des chevaux, ou sur le point de tomber dans des précipices ; il lui arrive parfois de tressauter dans son lit, en somme si V... présente des signes manifestes d'alcoolisme chronique, on ne relève dans ses antécédents aucune maladie grave. V... entré un samedi est tombé malade le lundi de la même semaine ; le dimanche soir il était allé au bal où il avait veillé fort tard, V... s'était fatigué et avait pris froid. Le lundi matin il ressentit un malaise général, des douleurs dans le dos et dans les membres et remarqua un léger œdème des malléoles et de la face dorsale de la main ; dans l'après-midi il fut pris de vomissements alimentaires, puis bilieux ; il garda le lit et le médecin qu'il fit mander prescrivit des frictions avec le baume tranquille, du lait glacé comme aliment unique, une potion de Rivière, un vésicatoire au creux épigastrique ; pour le lendemain un purgatif qui fut vomi.

Le mardi matin, apparut sur les deux jambes une éruption d'un rouge vif, qui ne tarda pas à pâlir et à prendre des teintes de plus en plus effacées ; l'œdème des malléoles disparut, mais les douleurs des membres devinrent plus violentes et enlevèrent tout repos au malade. Le jeudi V... prit un nouveau purgatif qu'il vomit comme le premier. V. est admis à la Charité le samedi. *État actuel.* — On constate la présence d'une éruption siégeant sur la face dorsale du pied et sur les deux tiers inférieurs des faces antérieures et externes des jambes ; cette éruption est caractérisée par des taches nombreuses, confluentes en certains endroits, de forme arrondie ; ces taches qui ne s'effacent pas sous la pression du doigt présentent une coloration jaune verdâtre ; il s'agit évidemment de taches purpuriques ayant subi déjà la transformation régressive ; la face interne des malléoles est encore le siège d'une œdème peu prononcé.

V... présente tous les signes de l'embarras gastrique : sa langue est large, recouverte d'un enduit jaunâtre épais, il a vomi deux fois dans la matinée, et accuse une sensation de poids au niveau de l'estomac ; il n'est pas allé à la garde-robe depuis trois jours. L'exploration de l'estomac révèle une dilatation considérable, le clapotement s'entend au dessous de l'ombilic, le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt, et la rate paraît augmentée dans ses dimensions.

La pointe du cœur bat avec force dans le cinquième espace intercostal, la main perçoit un frémissement cataire des plus nets et l'on entend un bruit de galop dont le maximum se trouve dans le 4e espace intercostal près du sternum ; de plus le premier bruit est mal frappé, prolongé ; il y a donc lésion mitrale au début avec hypertrophie concomitante ; les artères sont athéromateuses ; le pouls est plein, résistant. Il se plaint toujours d'éprouver une lassitude générale, de douleurs dans le dos et dans les membres, mais ces douleurs ne sont pas des douleurs articulaires ; les mouvements communiqués aux articulations ne sont nullement douloureux, il n'y a pas de troubles de la sensibilité générale, mais la sensibilité pharyngée est très émoussée, la température est de 37°,6. Les urines contiennent un gramme d'albumine par litre (examen fait avec le réactif d'Esbach) ; avec l'acide azotique on obtient les réactions de la bile. Régime lacté et glace pour arrêter les vomissements ; une pilule d'extrait thébaïque.

30 octobre. — 20 gr. d'eau de vie allemande.

31 octobre. — Les vomissements sont arrêtés ; les douleurs apaisées, le malade se dit guéri et demande à manger.

1er novembre. — Le malade se plaint de nouveau de douleurs dans les membres et dans le dos, une nouvelle poussée de taches de couleur rouge vif se fait sur les jambes.

2 novembre. — Apparition de taches sur la partie supérieure et postérieure de la cuisse droite et sur la fesse du même côté ; temp. 38°,2. Le soir les taches se montrent dans le dos et sur le voile du palais. Potion avec 20 gouttes de perchlorure de fer. Insomnie.

3 novembre. — Vomissements bilieux ; les douleurs diminuent, l'éruption pétéchiale des jambes commence à pâlir ; éruption nouvelle sur la face antérieure de la rotule à gauche et dans le dos au niveau des derniers espaces intercostaux du côté droit ; elles forment un placard de 7 à 8 centimètres de hauteur. Quelques vomissements dans la soirée, douleurs de ventre.

4 novembre. — La nuit a été bonne, encore quelques douleurs dans les bras ; les pétéchies ont presque entièrement disparu ; celles du dos et de la fesse droite commencent à pâlir ; des taches nouvelles se montrent à la face antérieure du sternum, au niveau de la fourchette.

4 novembre, soir. Le malade se sent mieux, il n'y a pas eu de nouvelles taches depuis le matin.

5 novembre. Quelques taches à la face postérieure des coudes. L'état général est bon.

6 novembre. — L'appétit revient ; lavage de l'estomac. 7 id., 8 id., 9 id., temp. 38°,6 le soir ; le matin V... a craché quelques filets de sang et il a eu du melœna.

10 novembre. — Pas de nouvelles tendances aux hémorrhagies viscérales. On continue le lavage de l'estomac. Il n'y a plus traces d'albumine dans les urines et le bruit de galop a disparu.

Alimentation ordinaire ; vin de quinquina à partir de ce jour, rien ne vient entraver la guérison ; V... part à l'asile de Vincennes le 23 novembre.

Cette observation nous paraît intéressante à plus d'un titre : elle nous montre la gravité des lésions déterminées par l'alcool en un court espace de temps, chez un sujet vigoureux, exempt de tous antécédents héréditaires : gastrite chronique avec dilatation de l'estomac affection cardiaque, mal de Bright probable si l'on considère les douleurs lombaires et l'albuminurie, transitoire, il est vrai.

Quant au purpura, qu'elle en est la signification ? On sait aujourd'hui que le purpura dit simplex n'existe pas en tant qu'entité morbide ; c'est une expression symp-

(1) Voir *The Lancet*, 1884, n° du 6 sept. (Maldon).

tomatique qui peut se montrer dans le cours de maladies ou dyscrasies différentes, de même que le purpura grave ou purpura hœmorrhagica. S'agit-il ici d'un de ces cas de péliose rhumatismale ou mieux de purpura avec douleurs rhumatoïdes qu'a décrit Schonlein? Nous ne le pensons pas; dans cette variété de purpura les articulations sont tuméfiées, les mouvements qui leur sont imprimés sont douloureux; or notre malade remue bras et jambes, sans accuser la moindre douleur; il ne s'agit pas non plus de purpura médicamenteux ou myélopathique, et en somme l'origine alcoolique de ce purpura ne nous paraît pas douteuse. C'est M. Lancereaux qui, l'un des premiers, signala l'influence de l'alcoolisme sur le purpura (article alcoolisme du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, 1865).

Dans le *Lyon médical* de 1879, M. Mollière invoque l'action du froid sur un organisme impressionné par l'alcool comme une cause productrice de purpura. En mai 1881, l'*Union médicale* a publié trois leçons de M. Lancereaux sur les troubles vaso-moteurs et trophiques liés à l'alcoolisme et à quelques autres intoxications chroniques. M. Lancereaux signale l'œdème de la face dorsale, des mains et des pieds, et les taches ecchymotiques de petite dimension, affectant une disposition symétrique et se montrant surtout sur les extrémités inférieures; cette éruption coïncide avec des élancements douloureux dans les mêmes parties.

Enfin M. Vogelin a fait du purpura alcoolique le sujet de sa thèse inaugurale (1882); les cas qu'il rapporte sont analogues au nôtre. On a invoqué successivement comme causes du purpura alcoolique: 1° l'altération du sang consistant en une diminution des globules et de la fibrine et en une modification de leurs propriétés. 2° L'endartérite déformante des capillaires et leur dégénérescence athéromateuse pouvant amener la rupture des vaisseaux. 3° Enfin une altération spéciale du système nerveux dont on ignore le mode de production, la nature et le siège (1). C'est cette dernière cause que l'on paraît actuellement incriminer; il semble cependant que l'on doive tenir compte, dans une certaine mesure, de l'état des vaisseaux et de l'action directe exercée par l'alcool sur le système vasculaire; on sait, depuis les recherches de Perrin, Lallemand et Durey, que l'alcool passe en nature dans la circulation.

Il est à remarquer que le purpura alcoolique, bien que survenant dans le cours d'une intoxication chronique, chez des individus placés, par conséquent, dans de mauvaises conditions de résistance aux maladies, est un purpura toujours bénin; les sept observations contenues dans la thèse de M. Vogelin sont concluantes à cet égard; mais s'il est bénin, en revanche il récidive avec la plus grande facilité, car ceux qui en sont atteints ne tardent pas à revenir à leurs habitudes d'intempérance.

OBSERVATION II. — *Alcoolisme chronique; foie graisseux; péritonite aiguë à frigore.* — « Le nommé G... (Alexandre), âgé de 19 ans, garçon chez un restaurateur, entré à l'hôpital de la Charité le 19 novembre, dans le service de M. le Dr Luys, salle Saint-Ferdinand, lit n° 7. Ce malade ne répond qu'à grand peine à nos questions; aussi n'obtenons-nous pas de lui des renseignements bien circonstanciés; il nous dit cependant que son père est mort d'accident, que sa mère est bien portante, ainsi que son frère et sa sœur. A l'âge de dix ans il aurait eu une bronchite, accompagnée de crachements de sang. Placé chez un restaurateur depuis l'âge de douze ans, il buvait quotidiennement un litre de vin, un petit verre de liqueur, assez souvent du vermouth ou un verre de vin « en extra »; depuis sa bronchite il n'a pas été atteint de maladie grave, mais ses digestions sont pénibles depuis quelque temps, il a des pituites le matin, ses mains tremblent au réveil et son sommeil est parfois troublé par des rêves.

G... est malade depuis sept jours; le dimanche précédent, il a été pris de froid dans une cave où il était allé tirer de la bière et a ressenti un grand frisson en remontant; il a été contraint de s'aliter immédiatement par des douleurs abdominales d'intensité toujours croissante, et par des vomissements verdâtres incessants; il est resté sept jours, sans voir de médecin, se bornant pour tout traitement à un purgatif et à l'application d'un vésicatoire à l'hypogastre. Le malade est dans le décubitus dorsal, les jambes repliées sur l'abdomen. Les traits sont altérés, les yeux enfoncés dans les orbites, le ventre est météorisé, d'une sensibilité exquise à la pression, la circulation collatérale superficielle est très développée à droite, on constate à la percussion l'existence d'un épanchement assez abondant, se déplaçant avec les différentes positions données au malade. Le hoquet, les vomissements porracés sont incessants; la dyspnée est extrême (52 respirations par minute); le pouls est petit, très fréquent (124 pulsations), la température du soir est de 40°,2; en somme nous constatons les signes classiques d'une péritonite aiguë généralisée et le malade meurt le lendemain dans le collapsus.

A l'*autopsie* on trouve un épanchement séro-purulent de quelques centaines de grammes, libre dans la cavité de la séreuse; le péritoine pariétal est piqueté par un pointillé ecchymotique; les anses intestinales agglutinées entre elles sont congestionnées; il n'y a pas de perforation intestinale, ni de perforation stomacale; l'appendice iléo-cœcal ne contient rien; le foie présente sa configuration normale, sa surface est recouverte de plaques de péritonite, il est considérablement hypertrophié et pèse 2,200 grammes; il est consistant sous le doigt et présente à la coupe un aspect jaune orangé, analogue à celui du foie gras des phthisiques, tel qu'il a été décrit dans ces dernières années (1). Le cœur est également hypertrophié (hypertrophie concentrique), la paroi du ventricule droit mesure une épaisseur de 15 à 16 millimètres, celle du gauche à peu près autant; plaques d'athérome à la naissance de l'aorte. Les poumons sont le siège d'une congestion intense (l'enlèvement du corps étant imminent, les reins, la rate ne sont pas examinés).

Quelle est la cause de cette péritonite aiguë? En l'absence de toute cause traumatique, de toute perforation ou rupture d'organe, un seul diagnostic reste vraisemblable, étant données les circonstances dans lesquelles ont éclaté les accidents de péritonite: celui de péritonite a frigore; c'est en remontant d'une cave où il avait pris froid que G... a ressenti les premières atteintes de son mal; mais on sait que la péritonite a frigore est très rare; lorsqu'elle survient c'est le plus souvent chez des individus prédisposés à l'inflammation du péritoine et le coup de froid n'est plus qu'une cause accessoire, or notre malade était atteint d'une cirrhose hypertrophique graisseuse, restée latente jusque-là ou se traduisant seulement par quelques troubles digestifs et il est vraisemblable d'admettre que le péritoine était enflammé chroniquement depuis quelque temps déjà: dès lors on conçoit avec quelle facilité s'est développée la péritonite aiguë sous l'influence d'une cause, qui la détermine bien rarement chez les sujets sains.

Nous pourrions citer bien d'autres cas d'alcoolisme précoce, nous observons en ce moment un jeune sommelier de vingt ans, déjà voué à la boisson, il est atteint d'ictère catarrhal, amélioré rapidement par les lavements froids qui ont déterminé une crise polyurique et azoturique remarquable, chez lui le foie est hypertrophié, dépasse d'un travers de doigt le rebord des

(1) Voir la thèse de Vogelin.

(1) Voir la thèse de Gilson, 1884: *Cirrhose hypertrophique graisseuse.*

fausses côtes ; les radiales sont athéromateuses et le second bruit aortique a un timbre éclatant, qui plaide en faveur d'une aortite chronique au début.

Le 21 novembre est admis dans le service de M. Luys pour des maux de tête répétés, qualifiés migraines par lui, un voyageur de commerce âgé de vingt-six ans, cet homme toujours bien portant jusqu'au moment où il a commencé à voyager, avoue que depuis ce temps; c'est-à-dire depuis qu'il boit, sa santé est chancelante, il a des vertiges, des battements de cœur, des troubles dyspeptiques. Nous lui trouvons un frémissement cutané et un léger souffle à la pointe, au premier temps, cette lésion mitrale, survenue en dehors de tout rhumatisme antécédent est évidemment due à l'alcoolisme.

Nous nous souvenons d'avoir vu, dans le service de notre cher maître, M. le Dr Duguet, un jeune homme de la campagne, qui après avoir été berger, était venu chercher fortune à Paris et s'était placé chez un marchand de vins. Ce jeune homme, jusqu'alors bien portant, était au bout de quelques mois atteint d'une cirrhose atrophique à marche rapide qui l'amena à l'hôpital Lariboisière.

La conclusion que nous voulons tirer de ces quelques faits, c'est que l'alcoolisme devient de plus en plus fréquent chez les jeunes gens, et qu'il atteint l'organisme à ses sources dès le début de la vie. Il suffit d'une quantité minime de boissons pour amener les désordres irréparables que nous constatons chez nos malades, et cela dans un laps de temps fort court, de sorte que ce n'est pas la quantité, mais surtout la *qualité* des boissons alcooliques qui sont fautives. Tous nos malades sont des inconscients qui se récrient lorsqu'ils entendent prononcer le mot d'alcoolisme — alcooliques, eux qui ne boivent qu'un ou deux verres de liqueur par jour, ou des « apéritifs » prétendus innocents!

Ils sont alcooliques parce que les alcools à bas prix qui sont l'unique boisson du paysan et de l'ouvrier sont des poisons violents; on sait depuis les belles recherches de MM. Dujardin-Beaumetz et Audigé, quel degré de toxicité atteignent ces alcools inférieurs; en ce moment où l'attention des pouvoirs publics est de nouveau attirée sur cette grande question sociale, exprimons le vœu, que des débats qui vont s'engager, sorte une solution qui apporte quelque entrave aux progrès incessants que fait l'alcoolisme dans notre pays! (1).

(1) Les auteurs ont signalé des cas d'alcoolisme chez les enfants. Nous avons publié ici même une observation d'alcoolisme chez un enfant de 4 ans (*Prog. méd.*, 1887, t. V, p. 85). (B.).

Faculté de médecine de Paris. — M. Chantre, étudiant en médecine, est nommé jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, aide-préparateur des travaux pratiques d'histologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Leroy, démissionnaire. — M. Maygrier, agrégé, a été chargé, en 1888, d'un cours clinique d'accouchements pour les élèves sages-femmes à ladite Faculté.

Cours libres (Autorisés pour le 2e semestre de l'Année scolaire 1887-88, par le Conseil général des Facultés). — M. le Dr Bérillon, *Hypnotisme. — Applications thérapeutiques*. Lundi et vendredi, à 5 heures (Amph. n° 3), lundi 16 avril. — M. le Dr Bouloumié, *Thérapeutique hydro-minérale*. Mardi et samedi, à 4 heures (Amph. n° 2), mardi 10 avril. — M. le Dr Despagnet, *Examen fonctionnel de l'œil. — Etude pratique de la réfraction*. Mardi et samedi, à 8 heures (Amph. n° 2), mardi 10 avril. — M. le Dr Duchastelet, *Opérations qui se pratiquent sur l'appareil génito-urinaire*. Mercredi et vendredi, à 5 heures (Amph. n° 1), mercredi 2 mai. — M. le Dr Fournel, *Obstétrique*. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures (Amph. n° 1), lundi 16 avril. — M. le Dr Legendre, *Maladies du tube digestif, envisagées particulièrement chez les enfants*. Lundi, mercredi et vendredi, à 4 heures (Amph. n° 3), lundi 9 avril. — M. le Dr Queyrat, *Maladies de l'appareil circulatoire*. Mardi, jeudi et samedi, à 5 heures (Amph. n° 3), mardi 10 avril

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Cours de pathologie générale : M. le Pr Bouchard.

C'est au milieu d'une grande affluence, rehaussée encore par la présence d'un bon nombre de nos jeunes agrégés et même de quelques professeurs de la Faculté, que M. le Pr Bouchard a inauguré cette année son cours de pathologie générale. Se reportant à ses leçons d'il y a quatre ans, époque à laquelle il avait déjà commencé l'étude des maladies chroniques, il se propose d'en élucider un certain nombre de points, à cette époque laissés par lui dans l'ombre, et d'étudier surtout parmi elles, et principalement au point de vue thérapeutique, les maladies chroniques infectieuses.

Passant tout de suite à l'étude de la réaction dans les maladies, il démontre que ce n'est pas l'absence, mais l'insuffisance de cet effort curateur des forces vitales qui constitue la chronicité d'une maladie. Par exemple, dans le diabète consistant en une viciation de la nutrition qui fait que la cellule ne suffit pas à consommer le sucre produit à chaque instant dans l'économie, il est évident que sans l'effort réactionnel qui consiste dans le passage continuel du sucre non brûlé dans les urines, le malade serait rapidement empoisonné. La glycosurie est donc une sorte d'effort curateur de la nature, mais insuffisant. Le véritable caractère de la chronicité dans la maladie est la persistance de la cause, annihilant jusqu'à un certain point les bienfaits de l'effort réactionnel.

Les agents animés sont, on le sait, causes de maladies. Si leur existence dans notre organisme est éphémère, c'est la maladie aiguë. Si, au contraire, leur présence se prolonge, si la cause persiste, c'est une maladie chronique. La doctrine de Pasteur, maintenant admise dans la science, a certainement, quoi qu'on en ait dit, son utilité dans la prophylaxie et la thérapeutique des maladies. La chirurgie est la première qui ait tiré un grand parti de cette notion, et elle a obtenu des résultats admirables en pratiquant l'antisepsie dans les opérations et le traitement des plaies. La médecine elle-même ne s'est pas montrée rebelle, et il suffit, à ce point de vue, de mentionner le traitement des teignes et du lupus, le curage des abcès froids et le lavage du péritoine qu'on se décide enfin à faire dans les péritonites par perforation. Quant au cancer, on nous a dit hier qu'il était infectieux ; on le démontrera peut-être demain, mais toutefois les chirurgiens agissent comme s'il l'était.

Cette notion des maladies infectieuses locales a amené le triomphe du traitement local, chirurgical, et l'extension énorme du rôle du chirurgien dans le traitement des maladies. (A ce propos, le professeur réclame une réforme dans l'enseignement médical afin d'apprendre aux médecins à être adroits de leurs mains ou tout au moins à savoir se décider quand le moment est opportun pour appeler le chirurgien).

Malgré tout, ajoute M. Bouchard, loin de moi l'idée de renoncer à l'influence bienfaisante de la thérapeutique générale, dans laquelle l'antisepsie générale tient encore sa place. On a accusé l'antisepsie générale d'être une chimère, et on a dit que l'agent thérapeutique, toxique pour le micro-organisme végétal, l'est à plus forte raison pour la cellule nerveuse. Mais il y a des substances, et M. Bouchard se propose de le démontrer, qui sont toxiques à certaines doses pour tels agents infectieux déterminés et inoffensifs pour la cellule nerveuse. En fait d'antisepsie générale, il ne s'agit pas que de tuer le microbe. L'organisme se charge de ce soin. Mais il faut nous préoccuper de l'aider dans cette lutte, par exemple en ralentissant la

pullulation des micro-organismes si c'est leur nombre qui est nocif pour l'économie.

Nous connaissons un certain nombre d'agents qui, sans tuer le microbe, agissent en modifiant sa forme, ses propriétés, sa virulence. Nous connaissons des milieux qui les rendent inaptes à nuire et, en particulier, les produits qui proviennent de leur vie propre. C'est à l'aide de ces notions que nous résoudrons la question ainsi formellement posée. C'est en étudiant la *thérapeutique des maladies chroniques infectieuses* que M. Bouchard se propose de démontrer la valeur de l'antisepsie générale.

Cours d'accouchements.

M. le Dr Ribemont-Dessaignes, suppléant M. le Pr Tarnier, a commencé son cours en consacrant les trois premières leçons à un résumé rapide d'Embryologie. Grâce à un grand nombre de figures qu'il dessinait au tableau pendant qu'il parlait, grâce à une exposition nette et succincte, M. Ribemont a vivement intéressé son auditoire qui a pris grand plaisir à l'entendre traiter avec cette facilité un sujet qu'on ne lit pas d'ordinaire sans une certaine fatigue.

Un certain nombre de personnes avaient écrit à M. Ribemont pour le prier de changer l'heure de son cours, mais il n'a pu que répondre ce que nous entendons répéter chaque année, c'est que l'heure du cours d'accouchements ne peut être changée; il a pu cependant obtenir que les leçons commenceraient à midi et quart au lieu de midi. Nous ne pouvons que nous associer aux réclamations qui se produisent tous les ans: le cours théorique d'accouchements est suivi par tous les élèves qui finissent leurs études; or, ceux-ci sortent trop tard des services hospitaliers et ne peuvent y assister, ce qui est absolument préjudiciable à leur instruction, il serait pourtant bien facile de faire autrement.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 24 mars 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Gellé rapporte l'observation d'une malade âgée de 50 ans chez laquelle il existait depuis longtemps des phénomènes de cornage relatifs à la compression par une tumeur d'un des récurrents. Elle devint sourde et l'examen de l'appareil auditif ayant montré que celui-ci était sain, M. Gellé songea à examiner les urines et trouva l'albuminurie qui, 18 mois plus tard, emportait la malade.

L'observation est intéressante, en ce qu'elle montre que l'albuminurie peut s'accompagner, à ses débuts, d'une surdité incurable. L'albuminurie, dans ces cas, ne doit-elle pas être attribuée à des phénomènes bulbaires consécutifs à la compression d'un des récurrents ? M. Gellé, en examinant des bulbes et des oreilles de lapins chez lesquels M. Laborde avait élongé les pneumogastriques, a trouvé des hémorrhagies et de la suppuration de la caisse du tympan. La thèse de Wiett renferme un certain nombre de faits relatifs aux inflammations de la caisse consécutives aux lésions des pneumogastriques.

M. Retterer a fait des recherches sur le muscle ciliaire dans la série animale, desquelles il résulte que le muscle dilatateur de l'iris serait constitué par une série de faisceaux épais prenant naissance au bord ciliaire de l'iris, très espacés, et par conséquent peu nombreux, ces faisceaux seraient tout à fait distincts du sphincter irien.

M. Brown-Séquard insiste sur l'importance des faits énoncés par M. Retterer, étant donné l'incertitude qui règne encore sur les phénomènes de dilatation de la pupille.

M. Hénocque, en réponse à M. Malassez sur les conditions d'exactitude des procédés d'hématoscopie, rapporte des observations dont il tire les conclusions suivantes. Lorsqu'on recueille le sang d'une piqûre de la pulpe d'un doigt, on a du sang capillaire artériel sur lequel l'action de l'air est négligeable et ne peut empêcher de reconnaître la quantité d'hémoglobine réduite, même inférieure à celle du sang veineux, ce que démontre la photographie. Dans l'examen spectroscopique de la durée de la réduction à travers l'ongle du pouce, on observe, en réalité, la durée de la réduction totale de l'oxyhémoglobine contenue dans les capillaires du réseau sous-unguéal. Les deux procédés de l'hématoscopie sont donc exacts et définis, et les conclusions qui découlent en clinique de leur application sont parfaitement fondées.

M. Malassez. — Il est bien évident qu'on ne peut obtenir la mesure exacte de la vitesse de réduction de spectre de l'oxyhémoglobine de pouce, en divisant simplement la quantité d'hémoglobine totale contenue dans le sang pour le temps que cette réduction met à se faire, puisque la quantité d'oxyhémoglobine qui s'est réduite n'est pas égale à la quantité d'hémoglobine totale, elle n'en est qu'une fraction et une fraction indéterminée. M. Hénocque ne peut dire le contraire, mais il répond à cela que sa manière de procéder est suffisamment exacte pour les besoins ordinaires de la clinique. Je crains qu'il ne se fasse illusion à ce sujet; je doute que les examens spectroscopiques simples, non photométriques comme ceux qu'il emploie, soient capables de faire connaître, avec une précision suffisante, les proportions d'hémoglobine oxygénée et d'hémoglobine réduite qui existent dans le sang et sont si variables. Ce qui se passe dans l'examen spectroscopique du pouce le prouve, il me semble, puisque le spectre de l'oxyhémoglobine persiste jusqu'à la fin de l'observation, et que, pendant tout ce temps il se réduit des quantités progressives d'hémoglobine, lesquelles échappent à notre mesure par le procédé.

Mais ce qui me paraît plus grave dans cette façon de mesurer l'activité de réduction des tissus, c'est qu'elle peut entraîner à des conclusions fausses. Supposons, par exemple, qu'on a fait respirer de l'oxygène à un homme; d'après les résultats obtenus par M. Gréhant sur les chiens, la proportion d'oxyhémoglobine va se trouver augmentée dans le sang artériel, et si l'on pratique l'examen spectroscopique du pouce, il faudra évidemment un temps plus long pour arriver au « virage » ; or, si l'on calcule l'activité de réduction comme le fait M. Hénocque, on serait conduit à conclure que, dans ce cas, cette activité a été diminuée, alors qu'elle a peut-être été augmentée. Inversement, si la quantité d'oxyhémoglobine contenue dans le sang venait à baisser sous l'influence d'un trouble respiratoire quelconque, et la durée de réduction se trouvant plus courte, on en conclurait à une augmentation de l'activité de réduction, ce qui serait inexact.

M. Dupuy présente le cerveau d'un chien dont les lésions vont à l'encontre de l'existence des prétendus centres moteurs.

M. de Guerne lit une note sur l'*empoisonnement des lacs des Açores*. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 mars 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. le Président déclare une *vacance* dans la section de pathologie médicale.

Election de deux membres associés étrangers. Première élection. Votants : 43. Majorité 22. M. Prescot Hewett (de Londres) est élu par 38 voix, contre M. Spencer Wells (de Londres), 5. *Deuxième élection.* Votants : 45. Majorité : 23. M. Longmore (de Vetley), est élu par 32 voix, contre M. Spencer Wells, 13.

M. Galezowski fait une communication sur *les différentes variétés d'atrophies du nerf optique ataxique*, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° les atrophies des papilles ataxiques constituent les deux tiers des atrophies

papillaires; 2° la syphilis a pu être constatée dans plus des deux tiers des cas d'atrophies des papilles ataxiques; 3° dans un certain nombre de cas d'atrophies ataxiques, on rencontre des infiltrations périvasculaires, signes d'une sorte de névrite parenchymateuse. Dans ces cas, le traitement pourrait amener un arrêt de développement.

M. Magitot fait une communication *sur les recherches physiologiques et médico-légales sur l'âge chez l'homme (depuis la naissance jusqu'au sixième mois).*

Suite de la discussion sur la prophylaxie publique de la syphilis. — L'Académie adopte les articles suivants: *Article* 11: le nombre de lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet. *Article* 12: cette augmentation du nombre de lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de services spéciaux dans les hôpitaux généraux, mais par la création de nouveaux hôpitaux spéciaux. *Article* 13: les médicaments, propres au traitement des maladies vénériennes, seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux. *Article* 14: un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes. *Article* 15: dans toute ville de province, tout au moins dans chaque chef-lieu de département, il sera créé un service spécial pour le traitement des maladies vénériennes, et les locaux affectés à ce dit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène. *Article* 16: ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions. *Article* 18: il serait désirable que chaque élève fasse un stage dans un service de vénériens. *Article* 19: attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement de tout le personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare (ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare); et de tout ce personnel intégralement, c'est-à-dire des chefs de service, des élèves internes et des élèves externes. *Article* 20: attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique. *Article* 21: les jurys des divers concours dont il vient d'être question, pourraient être composés comme il suit: 1° pour la nomination du médecin en chef: un membre de l'Académie de médecine; un représentant de l'école (professeur, agrégé); trois médecins des hôpitaux; 2° pour la nomination de médecins du dispensaire, comme pour celle des élèves internes ou externes: quatre médecins du dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

Les mesures relatives à la prophylaxie de la syphilis dans l'armée seront discutées dans une prochaine séance.

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Javal sur les candidats au titre d'associé national. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant: MM. Coze (de Nancy); Burdel (de Vierzon); Raimbert (de Châteaudun); Villemin (de Vichy); Teissier (de Lyon); Pénard (de Versailles).

A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 23 *mars* 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Féréol présente une jeune malade, âgée de 25 ans, atteinte d'hémichorée post-hémiplégique, l'hémiplégie s'étant produite à la suite d'une fièvre typhoïde. Pas d'anesthésie, mais un peu d'atrophie. M. Renault a observé un cas analogue chez une jeune fille de 16 ans, et M. Comby chez un petit enfant de 3 ans.

M. Féré. Chez dix épileptiques, — soit avec attaques ordinaires, soit avec attaques partielles, mais tous ayant eu une lésion cérébrale se traduisant par de l'hémiplégie, — a appliqué des pointes de feu légères, au nombre de 10 à 15 tous les deux ou trois jours, aux points de la surface crânienne que semblaient désigner les symptômes observés du côté de la motricité. Chez huit malades il y a eu amélioration évidente.

M. Richard fait une longue communication sur le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Sur 76 typhiques qu'il a eu récemment à soigner, 38 ont été soumis à ce traitement, et les autres traités par les procédés ordinaires. Dans ce dernier cas, il y a eu 4 morts, soit une mortalité de 10 0/0, tandis qu'il n'y en eut que 2 dans le premier cas, soit donc 5,5 0/0. Tous les phénomènes nerveux ont été très atténués. Chez les malades baignés, la diurèse augmentait surtout quand on leur faisait boire un verre d'eau fraiche pendant le bain. Un cas de néphrite infectieuse typhoïde se trouva fort bien des bains et guérit, alors que son état paraissait désespéré; il fait actuellement une rechute. Une hémorrhagie intestinale du début, congestive, fut arrêtée par le bain froid. La température des bains était de 18° à 20°; les malades en prenaient un toutes les 2 ou 3 heures suivant la gravité des cas, de 6 heures du matin à 11 h. du soir (en moyenne 5 à 6 par jour, d'un quart d'heure de durée); pendant le bain, on faisait de fréquentes affusions froides sur la tête. Pour M. Richard, réaliser de cette façon la plus grande propreté possible du malade constitue un excellent procédé d'antisepsie.

M. Juhel-Renoy fait remarquer que les chiffres fournis par M. Richard coïncident avec les siens. Dans la statistique de 20.000 malades traités par divers médecins, au moyen de la méthode de Brandt, la mortalité est de 4 0/0.

M. Du Cazal a traité, à Clermont, 40 typhiques par la balnéation froide; or, c'étaient les cas les plus graves, et ils s'en sont toujours bien trouvés; ils guérissaient même mieux que les autres soignés par les méthodes ordinaires. Les bains froids donnent de bons résultats dans les accidents broncho-pulmonaires, ataxiques, et enfin dans les hémorrhagies intestinales.

M. Barth, chez un de ses parents, admirablement soigné, a vu d'abord une grande sédation due aux bains froids, mais bientôt survint une pneumonie double qui emporta le malade en deux jours.

M. Juhel-Renoy voit là un cas malheureux, mais fait remarquer que dans les statistiques de la méthode de Brandt, la pneumonie est trois à quatre fois moins fréquente qu'elle ne l'est d'ordinaire dans la fièvre typhoïde.

M. Blachez présente un estomac renfermant un énorme cancer des parois de l'estomac, les orifices étant normaux. Il a été trouvé à l'autopsie d'une vieille femme qui, pour tout signe, présentait de la cachexie et de l'œdème généralisé; on n'avait pu diagnostiquer seulement le cancer latent. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 8 *février* 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Bardet présente un nouvel appareil pour les inhalations d'acide fluorhydrique. Les seules inhalations gazeuses sont effectives, car on ne peut faire parvenir des poussières médicamenteuses au delà des premières voies respiratoires. La meilleure méthode consisterait à faire respirer les malades dans une atmosphère surchargée de vapeurs; mais c'est là un procédé coûteux et peu applicable dans la pratique journalière. Les appareils dans lesquels l'air se charge du principe en passant dans un liquide médicamenteux entraînent la nécessité d'efforts inspiratoires violents. Aussi, se basant sur la méthode employée par M. Bergeon pour les lavements gazeux, l'auteur se sert-il de l'acide carbonique comme projecteur de l'acide fluorhydrique. Il a fait de plus construire une petite tente de toile qui permet au malade de respirer dans une atmosphère chargée d'acide fluorhydrique.

M. C. Paul estime que l'appareil de M. Bardet n'est pas à la portée de tout le monde. Il se contente, pour sa part, de faire pratiquer des inhalations à l'aide d'un simple flacon barboteur renfermant 5 à 600 grammes de fluorure d'ammonium en solution à 1 ou 2 pour 1000. De la même façon il a employé l'acide phénique, la térébenthine, le pétrole et le chloral, ces deux derniers comme calmants chez les phtisiques. De cette manière, il a obtenu la guérison dans 11 cas de gangrène pulmonaire.

M. Féréol soigne une de ses malades tuberculeuse au 3e degré à l'aide des inhalations d'acide fluorhydrique et obtient de

très bons résultats. D'autre part, les cas de gangrène pulmonaire traités par M. C. Paul, ne doivent-ils pas être attribués à la bronchite fétide et comparablement plus commune?

M. BARDET ajoute que le fluorure d'ammonium donne également de très bons résultats. Pour que tous ces corps soient bons, il faut qu'ils se rapprochent par leur constitution du naphtol, récemment préconisé par M. Bouchard, c'est-à-dire qu'ils soient plus toxiques pour le microbe que pour le sujet.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ constate qu'alors que les personnes saines sont incommodées, les malades vivent très bien au milieu de l'atmosphère chargée d'acide fluorhydrique. Les animaux y vivent également, et les lapins qu'on y place et auxquels on a préalablement inoculé la tuberculose ne deviennent pas tuberculeux.

Séance du 22 février. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

M. CATILLON a reçu du Niger plusieurs échantillons de semences de strophantus telles qu'elles avaient été récoltées et empaquetées par les indigènes. Il en existait de plusieurs espèces. Dans l'une, répondant au strophantus du Zambèze, vanille laineuse; la partie velue est trois fois plus longue que la partie glabre; les semences d'une autre espèce sont formées de deux parties à peu près égales: l'une glabre, l'autre velue; enfin, dans une troisième espèce, la partie glabre l'emporte de beaucoup. C'est ce mélange de graines qui est vendu sous le nom de strophantus hispidus. Il contient 7,50 0/0 de strophantine amorphe, une huile jaune et 13 0/0 d'extrait. L'épicarpe ne renferme qu'une quantité très minime de strophantine. Enfin il est intéressant de savoir qu'un insecte et ses larves vivent à l'intérieur des semences sans paraître en être incommodés.

M. BLONDEL pense que les caractères décrits par M. Catillon sont trop peu marqués pour établir des espèces tranchées. Quoiqu'il en soit, il signale une fraude usitée en Angleterre qui consiste à épuiser par l'alcool les semences de strophantus et à les livrer ensuite au commerce dans cet état.

M. HUCHARD entretient la Société de quelques indications et contre-indications de l'antipyrine. Rappelant ses travaux récents qui ont démontré que l'antipyrine diminuait la quantité d'urine secrétée, il pense que dans certaines affections, la fièvre typhoïde par exemple, où les reins servent d'émonctoires, il faut être sobre dans l'administration de ce médicament. Par contre, partant de ce même principe, il a donné jusqu'à 8 gr. par jour du médicament à une femme atteinte de méningo-myélite, qui urinait jusqu'à 24 et 28 litres dans les 24 heures. Sous cette influence, l'urine est redescendue à 5 litres. N'y aurait-il pas lieu de continuer à donner ce médicament dans des cas analogues, dans le diabète, par exemple, ainsi que Göllner semble l'avoir fait avec succès une fois tout au moins.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ partage l'opinion de M. Huchard. Il ne faut pas donner l'antipyrine, pas plus du reste que l'opium ou le salycilate de soude, lorsque les reins sont malades. Ces substances s'éliminant par la voie rénale risqueraient d'être emmagasinées par l'organisme, et il pourrait survenir des accidents toxiques. M. Dujardin-Beaumetz a essayé l'antipyrine dans deux cas de polyurie; le taux de l'urine s'est abaissée, mais dans des proportions bien moindres que celles signalées par M. Huchard; il est vrai que la dose du médicament n'avait pas dépassé deux grammes.

M. HUCHARD pense qu'il ne faut pas donner l'antipyrine dans les cas d'artério-sclérose, même lorsque celle-ci ne s'étend pas aux reins. GILLES DE LA TOURETTE.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE, fait quelques remarques suscitées par un rapport de M. Chauvel. Il n'est pas partisan de l'arthrectomie; il a fait 21 résections du genou avec succès; dans 20 cas, il s'ag ssait de tuberculose et la résection seule peut dans ces conditions, enlever toutes les parties présentant des lésions tuberculeuses. Dans l'arthrectomie, au contraire, on n'enlève même pas toutes les parties molles et l'opération ne peut réussir que lorsque la partie antérieure de la synoviale est seule atteinte. Si l'on objecte à la résection, le raccourcissement qui en est la conséquence, on voit que cette diminution de longueur du membre est utile, car les malades qui ont une ankylose sans raccourcissement, fauchent en marchant et ont de la difficulté pour la locomotion. Il faut donc après la résection du genou, faire porter au malade une chaussure telle, qu'un léger excès de longueur persiste du côté sain.

M. TERRIER. — A propos d'un malade présenté dans la dernière séance par M. Kirmisson, malade atteint d'accidents hystériformes consécutifs à un traumatisme, il tient à faire remarquer que l'étude de l'hystéro-traumatisme est essentiellement française, elle a été faite de toutes pièces par M. Charcot et ses élèves. Les troubles qui le caractérisent avaient été confondus avec des affections médullaires, les Allemands l'avaient érigé en entité morbide; l'Ecole de la Salpêtrière a su reconnaître l'origine des accidents hystériformes consécutifs aux traumatismes. Cette remarque tire son importance, de la publication récente du livre d'un médecin légiste sur les troubles nerveux survenant après les accidents de chemin de fer, livre dans lequel, il n'est fait aucune mention des travaux de Charcot et de ses élèves (1).

M. MONOD lit un rapport sur une observation de M. Jalaguier, relative à une tumeur testiculaire enlevée depuis trois ans et non récidivée. Il s'agit d'un sarcocèle dont un homme de 60 ans était atteint depuis deux ans. Après la castration, l'examen histologique révéla un sarcome à cellules rondes. Malgré la malignité de la tumeur il n'y a pas de récidive après plus de trois ans. Le rapporteur fait remarquer à ce propos que la malignité d'une tumeur est bien plutôt marquée par son évolution que par sa structure. Or, dans le cas présent, l'évolution a été lente, car après deux ans, la tumeur n'avait pas franchi l'albuginée et les ganglions étaient restés sains; le malade de plus a 60 ans et l'on sait qu'un néoplasme est relativement moins grave à cet âge que dans la jeunesse. Les cas de ce genre sont toutefois rares; Demarquay, Volkmann, MM. Monod et Guyon en ont cité des exemples mais il ne faut pas considérer le malade comme guéri. Au dernier Congrès de Chirurgie, M. Castex a, en effet, rappelé l'histoire d'une femme à laquelle M. Panas avait enlevé un sarcome de l'orbite et qui, trois ans plus tard, présenta de la généralisation dans les os de ses membres.

M. HEIDENREICH (de Nancy) lit un travail sur deux cas de lésions nerveuses consécutives à des fractures. Il s'agit de deux malades qui, à la suite de fracture; de l'humérus et du péroné, eurent leurs nerfs radial et tibial antérieur compris dans un cal fibreux. Dans les deux cas, on observa de la paralysie des muscles innervés par les nerfs comprimés et des troubles de la sensibilité. M. Heidenreich dans ces deux observations dégagea les nerfs du cal qui les comprimait et vit, après quelque temps, sous l'influence de l'électrisation des muscles, reparaître la motilité et aussi la sensibilité.

Dans un cas, l'opération réveilla une fièvre palustre contractée par le malade au Tonkin; de plus, chez ce même malade, bien que le nerf tibial antérieur fut seul comprimé, une névrite ascendante se produisit et l'on remarqua des troubles paralytiques dans la sphère du musculo-cutané.

M. TERRILLON lit un travail sur l'intervention chirurgicale dans les attitudes vicieuses consécutives à des contractures hystériques. Chez les hystériques ayant eu des contractures des membres il peut, en effet, persister après la disparition de l'état spasmodique une déformation due: d'une part, à une rétraction musculaire, reconnaissant probablement pour cause une transformation fibreuse du muscle au point où il se continue avec son tendon; d'autre part, à des altérations périarticulaires caractérisées par un épaississement et une induration des tissus entourant l'articulation. Avant de pratiquer aucune opération, il faut s'assurer, au besoin, en donnant du chloroforme, que tout élément spasmodique a bien disparu. Quand on a acquis cette certitude, il faut faire des sections tendineuses suivies de suture des tendons, de façon à obtenir un écartement des deux bouts bien limité et pas trop considérable.

Il est parfois indispensable après une première section, de recourir à des ténotomies secondaires. Si par exemple un

(1) Il s'agit d'un livre de M. le Dr Vibert. (N. *de la R.*).

pied est en équinisme avec flexion forcée des orteils, dans une première opération, on divisera le tendon d'Achille et ultérieurement on fera la section des tendons fléchisseurs des orteils. Ces ténotomies faites, on immobilise les malades dans un appareil ouaté et huit jours après,on les placę dans un appareil plâtré. Quant aux rigidités articulaires elles cèdent toujours par le massage méthodique et prolongé.

M. Routier lit une note sur un cas de fistule consécutive à un kyste de la région ano-coccygienne guérie par l'extirpation.

M. Monod montre un malade chez lequel il a réparé une grande perte de substance de la cuisse en employant la méthode de M. Socin (de Bâle). Il a pris sur la cuisse opposée, au moyen d'un rasoir, de larges copeaux très minces de peau qu'il a appliqués sur la plaie et il a pu ainsi obtenir une rapide guérison.

M. Pozzi parle d'une autre méthode dans laquelle on prend, non de très minces tranches de peau, mais de larges et assez épaisses portions de tégument, de façon à pouvoir suturer immédiatement la peau au point auquel on a emprunté la greffe. Ceci évite les cicatrices apparentes. Quand on fait des greffes, il ne faut pas employer d'agents antiseptiques qui seraient capables de détruire la vitalité des tissus transplantés; il est préférable de ne se servir que de l'eau salée.

M. Monod fait remarquer que le système de greffes de M. Socin est tout différent de celui dont parle M. Pozzi. Quant à l'action nocive des antiseptiques, on l'évite en recouvrant la greffe d'un papier de plomb et en pansant par dessus.

M. Quénu présente une femme chez laquelle il a guéri une fistule consécutive à une hydropisie du sinus maxillaire, en l'obstruant à l'aide de deux lambeaux : l'un palatin, l'autre labial. La guérison est parfaite.

M. Berger dit que les hydropisies du sinus ne sont plus guère admises depuis les travaux de M. Magitot; les cas de ce genre se rapportent à des kystes dont la tendance, lorsqu'ils se sont ouverts par une fistule, est de se refermer, ce qui contre-indique toute opération.

M. Terrier fait remarquer que dans le cas de M. Quénu, l'absence de suppuration et la largeur du trajet fistuleux empêchaient toute occlusion spontanée. Pour lui, il a vu une femme mourir de septicémie après la fermeture d'une fistule de ce genre ; mais, dans ce cas, le kyste était suppuré, et la fistule, assez petite, s'était fermée seule.

M. Quénu présente, de la part de M. Trousseau, un nouvel instrument destiné au cathétérisme du canal nasal.

M. Terrillon montre un malade opéré et guéri d'une rétraction de l'aponévrose palmaire.

M. Lucas-Championnière considère que l'affection récidivera fatalement. L.-W.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 22 février 1888. — Présidence de M. Grancher.

M. le Dr Pouchet présente au nom de M. Coutance un livre intitulé : *Venins et poisons. — Leur production et leurs fonctions pendant la vie. — Dangers et utilité pour l'homme.* Nous citerons les titres des derniers chapitres de cet ouvrage : l'*Homme empoisonneur.* 1° Par production inconsciente des poisons dans son économie. 2° Parce qu'il s'empare du poison qu'il trouve autour de lui, ou qu'il fabrique, pour combattre ses ennemis. *L'Homme victime du poison.* 1° Dans les usines ou dans les ateliers, d'où sortent les produits de ses industries. 2° dans le milieu artificiel que ces agglomérations constituent. 3° Dans les produits fabriqués par lui. 4° Dans l'usage des poisons qui agissent en grand sur les sociétés, comme les alcools, l'absinthe, le tabac.

M. le Dr Lécuyer lit une note sur l'*étiologie de la fièvre typhoïde*, dans laquelle il montre qu'il est des cas incontestables, où la fièvre typhoïde apparaît, sans qu'il soit possible de dire d'où elle vient, pour ainsi dire spontanément.

M. le Dr J. Lucas-Championnière fait une communication *sur la désinfection des baraques de varioleux de l'hôpital St-Louis, transformées en service de chirurgie.* Cette désinfection a été faite par l'acide sulfureux et a donné d'excellents résultats, puisque depuis cinq mois il n'y a pas eu un cas de variole.

M. Grancher insiste sur la désinfection directe en médecine, mais regrette que l'administration ne se préoccupe pas davantage de son personnel qui est insuffisant comme nombre et comme qualité.

M. le Directeur de l'Assistance publique, M. Ollivier, M. Richard prennent part à la discussion.

M. Grancher en son nom et au nom de M. le Dr de Gennes communique à la société le résultat de *ses recherches sur la désinfection des crachoirs de tuberculeux.* Les auteurs ont montré par de nombreuses expériences, que l'air expiré par des tuberculeux, ne pouvait pas rendre tuberculeux les animaux qui le respiraient ; il ne renfermait donc pas de bacilles. Ils ont alors cherché à désinfecter les crachoirs à froid, au moyen de plusieurs liquides réputés antiseptiques : ces liquides sont : l'acide phéniqué à $\frac{5}{100}$, la potasse à $\frac{5}{100}$, le sulfate de cuivre à $\frac{5}{100}$, le chlorure de zinc à $\frac{5}{100}$, le sublimé à $\frac{1}{100}$. Ils ont injecté à des cobayes les crachats désinfectés par ces solutions. De tous les liquides employés, même à dose toxique et dans des conditions exceptionnelles, aucun n'a donné de résultats bien encourageants. Seul, le sublimé à $\frac{1}{100}$ a paru tuer le bacille tuberculeux. Mais à cette dose il n'est pas facile à manier, et ce serait un instrument dangereux à mettre entre les mains des infirmiers. On n'a donc rien à espérer des liquides désinfectants. Les crachats ont alors été mélangés à de l'eau stérilisée et soumise à une température de 60, 80 et 100° pendant dix minutes. Ils ont ensuite été injectés à des cobayes. Or de ces expériences, il résulte que les bacilles résistent à l'eau à 60 degrés ; qu'à 80°, ils sont tués presque toujours, et qu'à 100 et même 90°, les bacilles sont toujours tués. L'eau chaude à 100° est donc capable de stériliser les crachats tuberculeux. MM. Geneste et Herscher, ont construit un appareil destiné à être placé près de chaque salle d'hôpital.

M. Lailler trouve que cette désinfection donne lieu à de grosses dépenses, et demande s'il ne serait pas possible d'avoir un seul appareil par hôpital ; de plus au lieu de chauffer l'appareil au gaz, il serait moins coûteux d'employer la vapeur.

M. le Dr Ollivier. Les expériences de M. Grancher sont importantes, parce qu'elles montrent que les différents antiseptiques employés en ville, tels que le chlorure de zinc, sont absolument insuffisants pour détruire les bacilles, et qu'il est nécessaire de faire cuire la viande, surtout lorsqu'il s'agit de bœuf ou de vache. Lorsque le médecin ordonne de la viande crue, il doit se servir du mouton qui n'est pas tuberculeux.

M. Grancher. Le danger d'infection par la viande crue est moins à redouter, que ne le suppose M. Ollivier. Il résulte en effet des expériences de M. Nocard, que le bacille tuberculeux existe très rarement dans la chair ou le suc des animaux morts tuberculeux, à moins qu'il y ait quelque ganglion tuberculeux. A. Martha.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Séance du 16 mars 1888. — Présidence de M. Dujardin-Beaumetz, vice-président.

Etaient présents : MM. A. Goubaux, Léon Faucher, Didiot, Bourgoin, Levraud, Alexandre, Alphand, Rochard, Schlœsing, Léon Colin, Bunel, Michel Lévy, baron Larrey, Hétier, Chatin, de Luynes, Ollivier, Peligot, Schutzenberger, Voisin, Hardy, Armand Gautier, Lagneau, Planchon, Proust, Riche, Lépine, Lancereaux, Trélat, Chautemps, Bezançon et Ch. Patin, secrétaire. — L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion relative à l'assainissement de la Seine et à l'utilisation agricole des eaux d'égout de Paris.

M. Brouardel s'excuse de ne pouvoir assister à la séance. — M. le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la précédente séance.

M. Armand Gautier demande à faire une rectification. Il avait dit qu'il était impossible de répondre à la première question d'une façon absolue; qu'en principe il acceptait l'épandage. Des microbes passent certainement à travers les terrains, mais ce n'est point là une raison pour renoncer à la purification par ce moyen; mais il y a une question de mesure au delà de

laquelle l'épandage devient nuisible. Quant à lui, il ne l'accepte pas, tel qu'il se fait à Gennevilliers. Sous le bénéfice de ces observations, le procès-verbal est adopté.

M. SCHLOESING fait observer que la rédaction de l'art. 1er qui a été adoptée à la dernière séance, sous réserve d'amendements est assez ambiguë. Quelques personnes ont paru croire que le Conseil en votant cet article adoptait le système du « Tout à l'égout. » C'est une erreur : le Conseil n'a approuvé que le mode d'épandage, tel qu'il se pratique à Gennevilliers.

M. VOISIN demande à déposer un amendement sur la première question.

M. LE PRÉSIDENT estime qu'il y a lieu de se prononcer d'abord sur les quatre questions. Il met en discussion l'art. 2 du questionnaire, ainsi conçu : « 2° *Existe-t-il, relativement à la préservation des eaux de la Seine, un système connu meilleur au point de vue de la salubrité publique?* »

M. BOURGOIN dit que dans la précédente séance, il avait exprimé l'opinion que le sol était un merveilleux réactif au point de vue de l'épuration des eaux, que les expériences faites d'abord à Gennevilliers, puis à l'étranger, étaient tout à fait concluantes. La raison de cette efficacité est d'ordre chimique : les eaux, filtrant lentement sur une énorme surface, sont baignées par l'air qui oxyde sûrement et, par suite, détruit les matières organiques auxquelles il faut rapporter surtout les causes d'insalubrité.

Aujourd'hui, on a la prétention d'exprimer le degré d'altération des eaux par le nombre de microbes qu'elles renferment. Les eaux d'égout en contiennent une quantité effroyable, 80 millions par litre; après qu'elles ont été épurées par le sol, elles en renferment encore 500 au moins par centimètre cube, soit 500.000 par litre. Ces chiffres auraient de quoi nous effrayer, si l'expérience n'était pas là pour nous rassurer. En effet, d'après M. Miquel, l'eau de la Vanne, au bassin de Montrouge, renferme en chiffres ronds 250.000 microbes par litre. Or, a-t-on jamais vu des accidents survenir chez un homme sain, lorsqu'il absorbe un litre de cette eau, y compris les 250.000 microbes par dessus le marché? Qu'il existe dans les eaux d'égout des microbes dangereux, capables d'engendrer des maladies; c'est possible, mais cela importe peu. L'expérience en grand nous démontre qu'ils sont détruits ou si l'on veut, pour employer une expression à la mode, qu'ils sont suffisamment atténués pour devenir inoffensifs. Pour tous les observateurs non prévenus, les expériences faites à Gennevilliers depuis dix-sept ans sont autrement démonstratives que les expériences qu'on peut réaliser dans les laboratoires.

M. BOURGOIN arrive maintenant à la question de savoir s'il existe un agent aussi efficace ou plus efficace que le sol pour purifier les eaux d'égout. Cet agent n'est pas connu dans l'état actuel de la science. L'épuration mécanique ne détruit pas les matières organiques. Elle a été expérimentée sans succès par la ville de Paris. Même résultat négatif avec les bâtiments de graduation.

Quant aux procédés chimiques proposés pour épurer industriellement les eaux d'égout, bien qu'ils soient au nombre de 500, aucun d'eux n'a donné de résultats satisfaisants. En France, comme à l'étranger, l'échec a été complet. C'est ainsi, pour ne citer qu'un exemple, que le fameux système dit de l'A, B, C, (argile ,charbon, sang, chaux, sels d'alumine) a été successivement abandonné par toutes les villes d'Angleterre où il a été expérimenté. La raison de l'abandon de tous ces procédés est due moins à leur prix plus ou moins coûteux, qu'à leur impuissance à détruire complètement les matières organiques contenues dans les eaux.

En résumé, à la 2e question posée par la Commission du Sénat : « Existe-t-il, relativement à la préservation des eaux de la Seine, un système connu meilleur (épandage des eaux d'égout) au point de vue de la salubrité publique? » M. BOURGOIN répond : Non, ce système n'existe pas dans l'état actuel de la science.

M. ROCHARD fait observer que s'il fallait traiter les eaux d'égout par les agents chimiques, toutes les usines réunies de Paris ne parviendraient pas à détruire les microbes renfermés dans 344,680 mètres cubes d'eau que la ville de Paris laisse écouler chaque jour.

M. LE PRÉSIDENT met l'art. 2 du questionnaire aux voix. Par 29 voix sur 30 votants et 1 bulletin blanc, le Conseil décide qu'il n'existe pas relativement à la préservation des eaux de la Seine un meilleur système que l'épandage des eaux d'égout.

M. LE PRÉSIDENT met en discussion l'art. 3 du questionnaire ainsi conçu : « Le système du Tout à l'égout, pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal, le 28 février 1887, présente-t-il des inconvénients pour la santé publique ? »

M. LEVRAUD croit que, par cette question, le Sénat n'a pas voulu mettre en cause le système du « Tout à l'égout », mais qu'il a voulu seulement demander si l'épandage du mélange des matières de vidange dans les eaux d'égout présente des dangers pour la santé publique. Il est d'avis de répondre par la négative. Il s'agit de diluer 2,000 mètres cubes de matières dans 4 et bientôt 500,000 mètres cubes d'eau. On n'a cité aucun fait précis de contamination par les légumes cultivés sur les champs d'épandage. Il existe, du reste, une pratique bien plus grave dans certains départements. Dans le Nord et le Var, par exemple, on emploie des matières fécales en nature et on les répand directement sur le sol.

M. Levraud ne sache pas que cette pratique très ancienne ait jamais engendré des maladies contagieuses. D'ailleurs les inconvénients, que l'on pourrait redouter aujourd'hui en raison de l'exiguïté des terrains disparaîtront le jour où la Ville sera propriétaire de champs d'irrigation de surface suffisante.

M. RICHE demande à M. le directeur des Travaux de Paris quelle est la proportion des matières fécales jetées actuellement à l'égout par rapport à l'ensemble des matières produites par la population, et si la Ville compte installer de suite le système du « Tout à l'égout. »

M. ALPHAND répond que la quantité d'azote envoyée aux dépotoirs est environ le tiers de l'azote produit (exactement 6/26). On peut admettre qu'un second tiers disparaît par l'évaporation (fosses, tuyaux d'évent, etc.). Quant au dernier tiers, il est jeté à l'égout soit par les tinettes filtrantes (environ 33,600 existent actuellement), soit par des déversements complets à l'égout (750 à titre d'essai), soit par des établissements, au nombre de 26, Salpêtrière. Ecole-Militaire, Monnaie, Chambre des Députés, etc., qui écoulent directement leurs matières, soit par les matières versées dans les plombs des logements d'ouvriers.

Lorsqu'on appliquera le « Tout à l'égout », on y jettera donc les 2/3 de l'azote produit. A Gennevilliers, en 1876, les eaux contenaient une quatité d'azote de 0,058 par mètre cube ; aujourd'hui qu'on a triplé l'envoi des matières excrémentitlelles, le total en azote n'est plus que de 0,025. La quantité d'azote lra donc en diminuant au fur et à mesure de l'augmentation du volume d'eau.

A la deuxième question de M. Riche sur l'établissement immédiat « du Tout à l'égout », M. ALPHAND fait connaître qu'il est impossible de prescrire dès aujourd'hui ce système à l'exclusion de tous autres. Il faut que la taxe soit d'abord rendue obligatoire par une loi. Actuellement, on ne peut pratiquer ce système que chez les propriétaires qui le demandent. D'un autre côté, la Commission d'assainissement, tout en reconnaissant que le système du Tout à l'égout peut être admis, a fait des réserves.

La première et la plus importante, c'est de modifier l'état d'un grand nombre d'égouts. Il est nécessaire que les matières s'écoulent aussi rapidement dans l'égout que dans les maisons, et, en ce moment, la présence du sable dans les égouts s'oppose à un écoulement rapide. Il faut donc résoudre ce double problème : faire disparaître les sables et augmenter le volume d'eau.

Pour le premier point, on s'en est déjà occupé. On a remplacé les voies empierrées par le pavage en bois ; on a établi, en outre, au-dessous des bouches d'égout, des paniers qui retiennent les matières solides. De plus, des réservoirs automatiques de chasse d'une contenance de 10 mètres cubes ont été construits de 200 mètres en 200 mètres dans les égouts qui n'ont pas de pente suffisante.

On sait, d'autre part, que les égouts servent à placer des conduites d'eau, des tuyaux de force motrice, des fils télégra-

phiques et téléphoniques, etc., il faut donc pouvoir y circuler sans marcher sur une couche de matières. Or, dans l'état actuel de certains égouts, cela ne serait pas possible. Pour remédier à cet état de choses, on a prescrit d'établir dans les nouveaux égouts une cunette où se déversent les produits des cabinets d'aisances. Enfin, les collecteurs actuels de la rive droite et de la rive gauche ayant été reconnus insuffisants pour écouler les sables, on va créer un nouveau collecteur, entre les deux autres. Cette série de mesures entraînera à des dépenses d'une certaine importance; on peut dire que le Tout à l'égout ne pourra être appliqué complètement avant dix ou quinze ans.

M. Riche remercie M. Alphand de sa communication; il demande s'il n'y aura jamais moins d'eau que maintenant relativement au cube de matières envoyées.

M. Alphand répond qu'il y en aura encore plus.

M. Riche demande s'il ne serait pas possible de maintenir le système pneumatique qui fonctionne déjà dans un quartier de Paris. On pourrait de cette façon conserver les engrais.

M. Alphand répond que les art. 12 et 20 du règlement voté par le Conseil municipal prévoient l'application de canalisations spéciales. Nous ne sommes point exclusifs. Ce que l'on poursuit, c'est la suppression des fosses d'aisance.

M. Lépine, secrétaire général, dit que ce qui préoccupe le Conseil, c'est de savoir ce qui se passera à Achères dans quinze ans, lorsque le « Tout à l'égout » sera complètement installé. On ne peut faire que des conjectures et pourtant il est intéressant de chercher des points de comparaison dans les exemples qu'on a sous les yeux. Lorsque l'on a construit la Maison départementale de Nanterre, on avait pensé à déverser directement à la Seine les matières liquides. Sur sa proposition, le Conseil général a abandonné le système des tinettes filtrantes pour installer le « Tout à l'égout ». Les eaux vannes et les matières de vidange produites par une population de 2,500 hommes sont déversées dans un champ d'irrigation d'un hectare environ, attenant aux murs de la maison. Les matières solides sont totalement diluées dans un liquide d'une teinte noirâtre, mais n'exhalant aucune odeur, aucune trace de miasmes. A son avis, cet exemple est topique, car c'est la représentation exacte sur une petite échelle de ce qui se passe en grand à Saint-Germain et à Achères.

M. Bourgoin demande à M. Proust, qui a visité Berlin, si le « Tout à l'égout » s'y pratique.

M. Proust répond affirmativement. Les 11/12 des eaux d'égout sont envoyés aux champs d'irrigation, ces eaux proviennent des maisons dans la proportion de 65.38 0/0 et de 34 0/0 de la pluie, des bains, des eaux de condensation, etc.

Quant à la superficie des champs d'irrigation, elle est de 5,828 hectares, dont 3,510 sont utilisés actuellement. Il n'y a réellement que 71 0/0 de terrains irrigués et drainés. On y cultive des céréales (blés d'hiver et d'été, avoines, maïs, seigles, colza), des légumes (carottes, pommes de terre, choux, navets, etc). Les cultivateurs ont obtenu des récompenses honorifiques pour les produits cultivés sur ces terrains. Voici l'extrait d'un livre qui traite de cette exploitation :

« Aujourd'hui que l'exploitation de ces champs fonctionne depuis dix années, nous avons vu d'année en année, les difficultés apparentes disparaître, grâce à l'exploitation systématique, à l'expérience des employés, à l'instruction des ouvriers. On peut donc aujourd'hui considérer la question de l'exploitation des champs d'irrigation comme résolue. Le compte-rendu financier pour 1885-86 témoigne à son tour de cette amélioration. La caisse de la Ville ne débourse plus rien; au contraire, elle a touché 37,000 marcks d'excédent. »

M. Trélat demande le rapport existant entre la surface irriguée et le nombre des habitants.

M. Proust fait connaître que ce rapport est de 11 à 12,000 habitants par hectare.

(*A suivre*).

Mission scientifique. — M. G. Le Mesle, paléontologiste, est nommé membre de la commission chargée de poursuivre, en 1888, les études scientifiques sur le territoire de la Régence de Tunis.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

I. **Uber die operative Behandlung der Narbencontracturen der Hand** (*Traitement opératoire des cicatrices de la main*); par Iungst (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 27 oct. 1887, n° 43).

II. **Uber Follicutis abscedens infanium** (*De la folliculite suppurée des petits enfants*); par Longand (*Archiv. für Kinderkrankheiten*, vol. VIII, n° 5.)

III. **Acétonurie bei Kindern** (*De l'acétonurie dans l'enfance*); par Baginsky (Ibid. Vol. IX, n° I).

I. Les cicatrices vicieuses de la main observées chez les enfants sont presque toujours des cicatrices de brûlures, exceptionnellement des cicatrices de plaies ou de phlegmons. Des brûlures même très superficielles peuvent donner une forte rétraction par les troubles trophiques qu'elles entraînent dans les tissus profonds. Le traitement prophylactique consistera, au début, dans un pansement appliqué de façon à lutter contre la rétraction. Plus tard, il faudra employer pendant longtemps les bains, les douches locales et surtout le massage. Le pouce doit être principalement surveillé, car les moindres brides peuvent être extrêmement gênantes. Malgré toutes les précautions, il sera souvent nécessaire d'intervenir chirurgicalement en excisant la cicatrice et recouvrant, par une autoplastie, la surface d'excision. Le lambeau autoplastique peut, dans les cas simples, être pris sur place. Le dos de la main, l'avant-bras donneront des lambeaux plus facilement mobilisables que ceux de la paume. Ceux-ci exigent souvent une dissection qui compromet leur vitalité. Parfois, on pourra utiliser les téguments d'un doigt déformé et condamné à l'amputation. Dans les cas complexes, on est forcé d'avoir recours aux lambeaux pris à distance. Je recommande en particulier les lambeaux pris sur le thorax. Pour tailler le lambeau, on choisira la région costale inférieure, où la cicatrice sera plus tard moins visible. L'épaisseur comprendra la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Ce dernier sera seulement ébarbé un peu sur la circonférence. Les dimensions dépasseront légèrement celles de la surface à recouvrir. Le pédicule du lambeau sera placé du côté du sternum. Dès que le lambeau resté adhérent par ce pédicule est libéré, on le relève et on réunit au-dessous les bords de la plaie costale par une suture directe. La mobilité de la peau, dans cette région, permet ordinairement de le faire sans difficulté. La lambeau est ensuite suturé à la main. On applique un pansement antiseptique et on fixe la main au thorax par un appareil plâtré. On maintient cette union pendant une quinzaine de jours. Ce n'est qu'au bout de ce temps qu'on sectionne le pédicule. Le lambeau, par suite de son épaisseur, est d'abord en saillie sur la main, mais cette saillie s'efface vite. Cette épaisseur des parties empruntées a, surtout à la paume, le grand avantage de protéger contre les pressions les terminaisons nerveuses.

II. Cette folliculite donne toute une série de petits abcès à marche essentiellement chronique. Cette chronicité, la suppuration franche, sans bourbillon, la distinguent des furoncles. Elle siège, d'ailleurs, dans les glandes sudoripares. Cette folliculite est contagieuse et se transmet surtout par les linges malpropres. L'agent de la contagion est, ainsi que l'ont démontré les expériences de L..., le staphylococcus pyogènes. Jamais on ne rencontre de bacilles tuberculeux. Le traitement consiste dans de grands soins de propreté et surtout dans l'emploi des bains de sublimé à 1 gramme par bain. Il y a avantage à faire l'incision précoce des abcès. Le pansement devra être antiseptique et surtout soigneusement fermé.

III. L'acétone, qui n'existe qu'en très faible quantité dans l'urine normale des enfants, peut augmenter considérablement dans divers états pathologiques. C'est dans les maladies fébriles que cette augmentation atteint son maximum. Les quantités d'acétone suivent les variations de la fièvre, augmentant et diminuant avec elle. Cette augmentation est probablement produite par la combustion plus forte des matières albuminoïdes. Parmi les maladies où elle est surtout remarquable, B... cite la pneumonie et la

rougeole. L'acétonurie est également intense dans beaucoup d'attaques convulsives. On pourrait supposer que ces attaques sont produites par l'intoxication acétonique si on ne voyait, dans quelques cas, l'acétonurie manquer totalement. La dyspnée, — sauf bien entendu quand elle s'accompagne d'un élément fébrile, — ne produit pas l'acétonurie. Les fermentations dans le tube digestif ne l'entraînent pas non plus. Dans le contenu de l'estomac, chez les enfants dyspeptiques, dans les fèces, on ne rencontre pas d'acétone. Le rachitisme n'a pas de relation avec l'acétonurie. B... a pu faire prendre à un jeune chien de grandes quantités d'acétone sans le rendre rachitique. L'acétone, en s'éliminant par le rein, n'entraîne pas de néphrite.

A.-F. Plicque.

CORRESPONDANCE

Contusion de l'oreille.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Dans un des précédents numéros du *Progrès Médical* (18 février 1888), MM. Miot et Baratoux à propos de leur étude très intéressante « sur la contusion du pavillon de l'oreille, » s'expriment ainsi :

« Si, dans certains cas, l'épanchement peut siéger dans le tissu cellulaire sous cutané, il n'est pas moins vrai que ce siège n'est pas exclusif, ainsi que le démontrent les autopsies de Mabille. En effet, cet auteur considère que la paroi externe (de l'hématome) est formée successivement par les couches suivantes en allant de dehors en dedans : peau, vaisseaux, nerfs, fibres musculaires et tissu cellulaire dense, de fibres conjonctives et que la paroi interne est composée du périchondre adhérant fortement au cartilage. Or, comme les vaisseaux, les nerfs et les fibres musculaires aboutissent au périchondre, ils devraient donc se trouver sur la paroi interne de l'hématome ou tout au moins dans l'intérieur de la poche et non sur sa paroi externe comme le signale Mabille. De plus, si le sang est répandu dans le tissu cellulaire, *il ne resterait pas circonscrit aux limites du cartilage, il s'étendrait au lobule.* »

L'anatomie normale de l'oreille permet, croyons-nous, de répondre à cette objection, à la dernière surtout que nous considérons comme très sérieuse.

En effet, si on vient à procéder à l'examen d'une oreille normale, on constate l'existence des couches suivantes : 1° la peau: épiderme, derme et ses dépendances ; 2° le tissu conjonctif sous-cutané ne renfermant pas ou renfermant très peu de graisse en ce point. Ce tissu conjonctif est peu épais et dense; il se continue *par une transition insensible avec le périchondre* qui ne peut en être distingué que par la direction des faisceaux conjonctifs et la richesse du réseau élastique (C. Villon et Chambord, in *Encéphale*, p. 230, 1881 fig. II 2-2). 3° le périchondre et le cartilage. Cette notion de l'adhérence du tissu conjonctif au fibro-cartilage de l'oreille se retrouve d'ailleurs dans tous les traités d'anatomie et nous-même (p. 27 de notre travail inaugural) avions pris soin d'indiquer que : « la paroi externe est constituée en entier par un feutrage de fibres conjonctives qui diminuent d'épaisseur à mesure qu'elles se rapprochent de la paroi limitante interne (à son extrémité, périchondre et cartilage), avec lesquelles *elles se soudent et se confondent à la limite.* » Dans ces conditions, le sang épanché ne pourrait atteindre le lobule de l'oreille que si l'adhérence du tissu conjonctif et du fibro-cartilage de l'oreille à son extrémité inférieure venait à être détruite; et d'ailleurs le lobule de l'oreille par la nature même de sa texture anatomique se prête peu aux hémorrhagies et celles-ci se produisent d'autant plus facilement sur le pavillon de l'oreille que celui-ci offre une résistance très notable aux pressions qui peuvent à un moment donné s'exercer sur les vaisseaux de l'oreille; et ces vaisseaux présentent souvent des altérations notables. Pour notre part, nous avons toujours considéré cette *paroi externe* à laquelle MM. Miot et Baratoux ont bien voulu faire allusion, comme le *renforcement* de la zone du tissu cellulaire normal placé en avant du périchondre et nous avons soutenu en quelque sorte l'idée de l'*enkistement* du sang épanché. MM. Villon et Chambord sont arrivés d'ailleurs à des conclusions presque identiques. Ces auteurs pensent que le sang « provient des vaisseaux de la couche superficielle du périchondre » ; mais ils s'empressent d'ajouter que le siège de l'épanchement n'est pas « entre le périchondre et le cartilage » (loc. cit.) Que le sang provienne des vaisseaux de la face externe du périchondre ou qu'il provienne de la rupture des vaisseaux qui s'y rendent, comme nous l'avons soutenu, avant leur arrivée au périchondre, le résultat final est le même : L'épanchement est *extra-périchondrique*, au moins dans nos cas personnels et dans celui de M. Villon, et en raison des adhérences normales du tissu conjonctif dense de l'oreille au fibro-cartilage, on peut concevoir que les vaisseaux, les nerfs aboutissant au périchondre, puissent se trouver détachés et que leur trace puisse être retrouvée sur la paroi externe, par le fait même de la production de l'épanchement sanguin. Nous ajouterons que nous n'avons jamais rencontré dans les cas qu'il nous a été donné d'observer d'altération du cartilage ni du périchondre et tout récemment nous avons pu présenter à la *Société médico-psychologique* un hématome récent (séance de décembre 1887) sur lequel on pouvait, à n'en pas douter, s'assurer de l'intégrité parfaite du fibro-cartilage de l'oreille. Nous croyons devoir cependant insister sur une particularité qui se trouve décrite (p. 29 de notre travail inaugural). Il s'agit des *Hématomes à répétition.*

Le malade qui a été l'objet de la constation (ob. 9) avait eu le 15 octobre 1877 un hématome double qui s'était resorbé. Puis, le 20 février 1878, un second hématome double s'était produit et la mort avait eu lieu le 28 février 1878. Or, la dissection démontra qu'au *centre même du tissu cicatriciel provenant de l'Hématome ancien*, il s'était produit un épanchement sanguin récent; la cicatrice incomplète, tourmentée probablement par le malade avait donné lieu à un épanchement sanguin qui s'était constitué précisément dans les points où le tissu de nouvelle formation n'avait pas encore une consistance suffisante ; de là un hématome nouveau, à répétition, comme nous l'avons dit, analogue aux hémorrhagies qui se produisent parfois dans les tissus en voie d'organisation. Le microscope permit en effet de rencontrer dans le voisinage de la tumeur sanguine l'existence d'un tissu fibreux mou, non organisé complètement, comme le prouva la multiplicité des vaisseaux et les houppes vasculaires très abondantes. » Le fait nous a paru devoir être rappelé ; car il pourrait peut-être fournir l'explication des épanchements sanguins que certains auteurs ont pu rencontrer au centre du tissu cartilagineux de l'oreille.

Quoiqu'il en soit, et quelle que soit la valeur de nos explications, nous sommes heureux que MM. Miot et Baratoux, avec leur compétence bien connue, aient bien voulu appeler l'attention des médecins sur ce point si délicat et encore si contesté qui touche à l'anatomie pathologique de l'othématome.

Recevez, Monsieur le Rédacteur en chef, etc.

H. Mabille,

Médecin en chef, Directeur de l'asile de Lafond.

VARIA

Banquet offert à M. le professeur Straus.

Samedi soir a eu lieu, au *Lion d'Or*, le banquet offert à M. Straus par ses amis et ses élèves pour fêter sa nomination au professorat.

Le *Progrès médical* était représenté à cette fête, et c'était justice; en effet, c'est ici même qu'ont paru les leçons de M. Straus, alors agrégé, sur les applications à la médecine des découvertes de M. Pasteur ; comme autrefois, avaient paru les leçons anatomo-pathologiques de M. le Pr Charcot, les leçons de M. le Pr Ranvier, la traduction des expériences de Ferrier, leçons qui ont été le point de départ de travaux importants, devenus classiques.

La salle du *Lion d'Or* était insuffisante pour contenir les 120 souscripteurs au banquet, malgré tout le zèle déployé par les commissaires, MM. Wurtz et Blocq. Aussi avait-il été nécessaire d'installer une table des enfants dans une salle voisine ; mais au dessert tous se retrouvèrent : professeurs, agré-

gés, médecins des hôpitaux, aspirants aux concours, et ce serait peine inutile que d'essayer de nommer tous ceux des amis du jeune professeur qui avaient tenu à venir le féliciter.

Parmi les toats nous en retiendrons seulement quelques-uns. M. le Pr Brouardel, notre doyen, a ouvert le feu; c'est lui qui a reçu Chevalier, le récipiendaire, en rappelant qu'il n'avait pas seulement, suivant le cliché banal, consacré sa vie à la science, mais qu'il n'avait pas hésité à exposer sa vie dans le sens propre du mot, dans sa mission d'Égypte. En effet, des trois collaborateurs de cette époque, deux seuls étaient présents à ce banquet!

M. Mathias Duval a ensuite prononcé un discours que nous regrettons de ne pouvoir reproduire *in extenso*. Dans notre chère, dans notre aimée, dans notre faculté de Strasbourg, a-t-il dit, nous avons commencé ensemble et tous deux chassés par l'invasion, nous avons trouvé dans cette Faculté de Paris, où nous nous retrouvons, après dix-huit ans, l'un et l'autre, professeurs, un accueil qui nous touche d'autant plus qu'il s'adresse non seulement à nous mais à notre ancienne *école*. Ce sont nos maîtres Kuss, Morel, Hirtz, pour ne nommer que les morts qui doivent revendiquer la plus grande part du triomphe de leur élève. La Faculté de Paris a voulu, en nous recevant comme elle l'a fait, affirmer ses liens d'étroite parenté avec notre pauvre Faculté de Strasbourg que, peut-être, l'avenir nous réserve de voir renaître.

Des applaudissements enthousiastes ont accueilli ce discours. — Après quelques mots de MM. Gavarret, Roux, M. Déjerine a pris la parole au nom du laboratoire de Vulpian dont il est le représentant le plus autorisé, il a surtout complimenté le nouveau professeur sur son esprit de recherche et sur sa loyauté et sa probité scientifiques.

M. Wurtz, qui était l'année dernière l'interne de M. Straus, a remercié son maître au nom de l'*Internat*; il a rappelé quels travaux, œuvres de critique, études expérimentales, étaient sortis de ce laboratoire si mal outillé de Tenon où M. Straus arrivait le premier et d'où il sortait toujours le dernier.

M. Straus, fort ému, a remercié les assistants; il n'a pu le faire ni remercier M. M. Duval sans rappeler le souvenir de cette école de Strasbourg qui tient tant au cœur de tous ceux qui y ont été élèves et qui, nous l'espérons, comme le nouveau professeur, n'est pas perdue à jamais. Il a rappelé le souvenir de tous ses maîtres et de tous ceux de ces orphelins que la Faculté de Paris a accueillis et dont elle est maintenant si fière; il a remercié, en termes touchants, son émule, M. M. Duval, qui l'a précédé dans le professorat et a terminé en reportant sur M. Pasteur la plus grande partie du mérite de ses propres travaux.

Nous sommes sûrs que M. Straus continuera, comme professeur, la série des recherches et les cours dont le *Progrès médical* a eu la primeur, et nous nous joignons de tout cœur aux nombreux amis qui le félicitaient samedi dernier.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Etat des Docteurs en médecine reçus pendant les mois de janvier et février (année scolaire 1887-1888).

MM. Le Gac : Etude sur la tuberculose rénale primitive. — Pungier : L'établissement national d'Indret (étude d'hygiène et de pathologie professionnelles. — Chauvet : Étude sur les flèches empoisonnées de l'Indo-Chine. — Soulié : Du rôle de la lanoline dans l'absorption cutanée. — Barrat : De la polyopie monoculaire. — Vallot : Considérations sur les contusions cérébrales et leur mode de production. — Kerébel : Contribution à l'étude des pneumonies au cours de certaines constitutions médicales saisonnières. — Melon : Traitement de l'hématocèle péri-utérine par l'incision vaginale. — Gorron : Des fistules bronchiales (étude embryologique et pathologique). — Audiat : Contribution à l'étude du pseudo-lipome sus-claviculaire. — Bonain : De la virulence primitive ou non du bubon chancrelleux. — Garnier : Contribution à la géographie médicale (souvenirs médicaux du poste de Sédhiou (Casamance).

Témoignages de satisfaction.

Par décision ministérielle du 18 mars 1888, le Ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à : MM. Guyot, à Solesmes (Nord). — Dehenne, à Bergues (Nord). — Bouret, à Rebecourt (Oise). — Lepage, à Fauville (Seine-Inférieure). — Trogneux, à Fontaine-le-Dun (Seine-Inférieure). — Binet, à Villers-Bocage (Calvados). — Homo, à Château-Gontier (Mayenne). — Chertier, à Nogent-sur-Seine (Aube). — Thouvenin, à Vézelise (Meurthe-et-Moselle). — Joyeux, à Mirecourt (Vosges). — Masson, à Raon-l'Etape (Vosges). — Depautaine, à Gondrecourt (Meuse). — Petit, à Longeau (Haute-Marne). — Robillier, à Clerval (Doubs). — Beurnier, à Montbéliard (Doubs). — Doumic, à Imphy (Nièvre). — Beaujard, à Vierzon (Cher). — Thomas, à Saint-Amand-en-Puisaye (Nièvre). — Bertaut, à Pouancé (Maine-et-Loire). — Mestivier, à Saint-Gaultier (Indre). — Chabenat, à La Châtre (Indre). — Barbin, à Montoir (Loire-Inférieure). — Dambier, à Vélines (Dordogne). — Bona, à Evaux (Creuse). — Moulin, à Argentat (Corrèze). — Benoit, à Dieulefit (Drôme). — de Ferry de la Bellone, à Apt (Vaucluse). — Binet, à Vence (Alpes-Maritimes). — Vidal, à Saint-Gervais (Hérault). — Guizot, à Rignac (Aveyron). — Réfrégé, à Lodève (Hérault). — Blanc, à Orlhaguet (Aveyron). — Bourguet, à Graissessac (Hérault). — Poussié, à Marvejols (Lozère). — Plales d'Axtrez, à Sousceyrac (Lot). — Lannes, à Nailloux (Haute-Garonne). — Toutant, à Marans (Charente-Inférieure). — Claverie, à Villandraut (Gironde). — Despaignet, à Mont-de-Marsan (Landes). — Gorski, à Lagore (Basses-Pyrénées). — Gaucher, à Aïn-Temouchent (Oran) — Bordo, à Chéragas (Alger). — Noël, à Saint-Denis-du-Sig (Oran). — Le Roy des Barres, à Saint-Denis (Seine). — Durand, à Arcueil (Seine). — Lefèvre, à Bonnières (Seine).

Enseignement médical libre.

Cours particuliers de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours le jeudi 5 avril à 4 heures du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, chez M. le Dr Latteux, de une heure à deux heures.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Hippolyte BROCHIN.

Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Brochin (Robert-Hippolyte), le vétéran du journalisme médical dont il a été toute sa vie un des plus sympathiques et des plus dévoués représentants. Né à Carcassonne, en 1808, il fit ses études à la Faculté de Montpellier. Interne à Marseille, en 1835, il se fit remarquer pendant la terrible épidémie de choléra qui éclata cette année, où il dirigea comme médecin l'un des bureaux de secours. Sa belle conduite lui valut une médaille d'or décernée par le Conseil municipal, une du ministre du commerce, et l'exemption de ses frais d'examen délivrée par le ministre de l'instruction publique. En 1837, il passait son doctorat à Paris. (*Quelques propositions de pathologie et de thérapeutique*). A partir de cette époque, il collabora successivement à la *Gazette médicale*; de 1837 à 1840, à l'*Esculape*, à l'*Examinateur médical*; il publia également des mémoires à la *Revue synthétique*, à la *Revue médicale*, à la *Gazette des hôpitaux*, au *Dictionnaire de Fabre* et au *Dictionnaire des sciences médicales*. Ces travaux le firent choisir comme Rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux*. H. Brochin avait été membre et président de la *Société médico-psychologique*.

A. Rousselet.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

L'étuve portative du Dr Reynal-O'Connor.

Depuis les beaux travaux de Pasteur l'on sait qu'il y a des microbes et des spores qui résistent non seulement aux solutions antiseptiques les plus fortes, mais même à une chaleur un peu considérable; c'est pour cela que certains chirurgiens ont l'habitude de stériliser leurs instruments avant de s'en servir; mais cette antisepsie ne pouvait pas se faire dans toutes les conditions et moments voulus, faute d'un appareil commode, portatif, peu volumineux, simple et bon marché. On a construit plusieurs appareils à ce sujet, mais les uns étaient très compliqués et gênants, les autres très lourds et, enfin, d'autres qui mettaient très longtemps à se refroidir. L'appareil du Dr Reynal-O'Connor dont nous donnons la gravure, et qui a été présenté à l'Académie de médecine, mardi dernier, par M. le Pr Duplay, ne présente pas tous ces inconvé-

nients ; car il peut se monter très facilement comme le montre la *fig.* 1, et se démonter et fermer dans une boîte *fig.* 2 légère et de petit volume.

Cette étuve est construite toute en cuivre nickelé, travaillée au marteau, ce qui lui donne de la solidité, et elle est légère, d'un prix très modique et présente le double avantage : de désinfecter les instruments de chirurgie pendant les opérations moyennant une température de 100°, 120°, 130°, d'une solution d'acide phénique et de servir de *plateau* pour contenir tous les instruments nécessaires au moment de l'opération et les loger dans des compartiments différents d'après leur grandeur et usage ; ainsi, comme il peut servir de *boîte à instruments*. Cet appareil se compose, *fig.* 1, d'une cuvette en cuivre de 0 m. 50 de longueur pour 0 m. 35 de largeur et de 0 m. 08 de profondeur, et elle est divisée en cinq compartiments par des cloisons en cuivre, dont quatre divisions de la même grandeur pour loger les petits instruments tels que *bistouris, ciseaux, pinces*, etc., etc., et une autre aussi large que la cuvette pour les longs instruments tels que *forceps, couteaux à amputation*, etc., etc. Les cloisons qui divisent les compartiments n'arrivent pas jusqu'en bas de la cuvette, de façon à permettre une facile communication du liquide antiseptique entre toutes les divisions, et le vidage général peut ainsi se faire en ouvrant le petit robinet *z* sans avoir besoin de vider chaque division l'une après l'autre, et d'incliner la cuvette. Chacune des divisions est pourvue d'un petit grillage en fil d'acier qui sert de support R. R. R. R. pour loger les instruments, les élever du fond de la cuvette et permettre ainsi qu'ils prennent un bain général, ces grillages sont pourvus de petits manches : *b, b, b, b*, en bois pour les soulever et retirer les instruments du bain, au fur et mesure qu'on en a besoin, sans danger de se brûler les doigts. Chaque compartiment est fermé hermétiquement par un couvercle B. B. B. B. qui ferme hermétiquement au moyen des bandelettes appropriées, en caoutchouc ou flanelle, et pourvue d'une vis à pression.

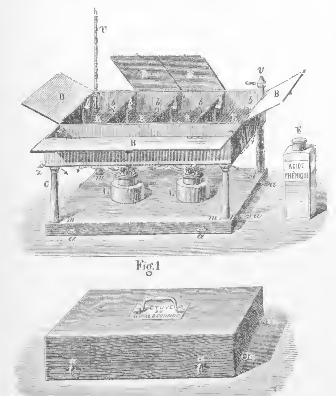


Fig. 2.

La température se mesure par un thermomètre T indiqué verticalement sur la *fig.* 1, mais il peut se couder et s'appliquer sur l'un des côtés de la boîte, étant protégé par un tube de cuivre ayant une ouverture longitudinale permettant de lire la température. Sur l'angle droit de la cuvette, il y a une petite soupape *v* pour régler la pression. La cuvette est supportée sur des petites colonnes C en cuivre nickelé, lesquelles peuvent se plier suivant le sens des flèches moyennant des petites charnières *m, m, m, m*. La solution d'acide phénique qui est enfermée dans un flacon spécial, et qu'on loge dans un des compartiments, est élevée à la température voulue par deux lampes à alcool à huit mèches. L'appareil est recouvert par un couvercle en vieux chêne, pourvu d'une poignée et des crochets *a, a, a, a*, pour le fermer. Quand l'on a une opération à faire, et que l'on veut la faire avec la certitude absolue d'antisepsie complète, on place dans les compartiments de la boîte que nous venons de décrire tous les instruments dont on aura besoin, en plaçant le flacon et les deux lampes, et l'on applique ensuite le couvercle ; pour la fermer, il n'y a qu'à tourner les crochets *a, a, a, a*.

Comme l'on voit, l'appareil du Dr Reynal-O'Connor présente par conséquent les réels avantages suivants : antisepsie complète des instruments à une haute température, fermeture hermétique de l'étuve sans danger d'explosion, volume et poids très réduits, ce qui la rend très pratique comme disait le Pr Duplay, à la séance de l'Académie, dans la chirurgie militaire, et elle est facilement transportable sous les apparences élégantes d'une boîte d'instruments tels que le montre la *fig.* 2.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 18 mars 1888 au samedi 24 mars 1888, les naissances ont été au nombre de 1187, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 445 ; illégitimes, 187. Total, 632. — *Sexe féminin :* légitimes, 397 ; illégitimes, 158. Total, 555.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18.380 militaires. Du dimanche 18 mars 1887 au samedi 24 mars 1888, les décès ont été au nombre de 1120, savoir : 578 hommes et 542 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 11, F. 0. T. 11. — Variole : M. 2, F. 4, T. 6. — Rougeole : M. 8, F. 10. T. 18. — Scarlatine : M. 6, F. 7, T. 13. — Coqueluche : M. 3, F. 5. T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 22 F. 18, T. 40. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 118, F. 82. T. 200. — Autres tuberculoses : M. 17. F. 11. T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 28. T. 46. — Méningite simple : M. 11, F. 15. T. 26. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 26. T. 52. — Paralysie : M. 2, F. 1. T. 3. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 6. T. 13. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 26. T. 61. — Bronchite aiguë : M. 19, F. 17 T. 36. — Bronchite chronique : M 31, F. 25. T. 56. — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 20. T. 34. — Pneumonie M. 49, F. 54. T. 103. — Gastro-entérite, biberon : M. 25, F. 12. T. 37. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 12. T. 17 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 2. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6. T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 19, F. 20, T. 39. — Sénilité : M. 9, F. 25. T 34. — Suicides : M. 7, F. 2 T. 9. — Autres morts violentes : M. 7 F. 1. T. 8. — Autres causes de mort : M. 104 F. 93. T. 197. — Causes restées inconnues : M. 1 F. 3. T. 4.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 91, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 44, illégitimes, 17. Total : 61. — *Sexe féminin :* légitimes, 19 ; illégitimes, 11. Total : 30.

Faculté des sciences de Paris. — M. Joly, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie est nommé professeur-adjoint à ladite Faculté.

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée est composé comme il suit : MM. Wurtz (R.), chef de laboratoire, Sanchez-Toledo, Floureur et Veillon, moniteurs.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Edmond Bonnans est nommé préparateur de chimie à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Faculté des sciences de Lille. — M. Hallez (P.), docteur ès sciences, est nommé professeur de zoologie à ladite Faculté. — M. Boutau, docteur ès sciences, préparateur à la Faculté des sciences de Paris est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, maître de conférences à ladite Faculté, en remplacement de M. Hallez.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Gérard, docteur ès sciences, agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de botanique à ladite Faculté.

Ecole pratique des Hautes-Etudes (Sorbonne, Escalier 3). M. Jules Soury, maître de conférences, traitera, à partir du lundi 9 avril, à 4 heures et demie, des théories les plus récentes sur les *fonctions du lobe pariétal* ; les vendredis, à la même heure, il exposera les travaux de Golgi.

Ecole de médecine en Chine. — Une école de médecine, dit l'*Union médicale*, a été ouverte à Hong-Kong le 8 octobre 1887. Cette école est destinée aux étudiants chinois.

ECOLE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE. — M. le colonel OSMAN BEY, agrégé de médecine opératoire est nommé professeur de la même chaire en remplacement du professeur Dr CALLIAS effendi, décédé. — Dr CHEFIK BEY, lieutenant-colonel, médecin du Sultan, chef de clinique à l'Ecole de médecine, ainsi que le Dr ADMED FEHMI, capitaine, vont bientôt partir pour se perfectionner à Paris.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE : MUSÉE. — Il y a quelques mois, dit le *Petit Provençal*, en constatant la pauvreté du musée de notre Ecole de médecine, nous avons parlé de la présence dans notre ville d'une artiste de grande valeur, Mme Vasseur, et des premiers pourparlers nous faisaient espérer que l'administration de l'école s'attacherait cette précieuse collaboratrice dont les reproductions en cire ont été admirées par notre monde médical, au double point de vue artistique et scientifique. Depuis, ce premier élan s'est calmé et nous apprenons que Mme Vasseur va quitter Marseille ; nous avons voulu, en parlant à nouveau d'elle, attirer une fois encore l'attention des docteurs intéressés à la prospérité de notre école de plein exercice ; si l'on veut tôt ou tard rendre facile le transfert à Marseille des Facultés, encore faut-il qu'on ne laisse pas l'école actuelle péricliter et qu'on s'impose quelques sacrifices. Or, parmi les améliorations les plus importantes, les collections doivent tout d'abord fixer la sollicitude de l'administration. Avec un musée plus complet, l'école de Marseille pourra figurer à la prochaine exposition, et peut-être en retirera-t-elle un profit direct qui compensera largement les avances faites.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE. — M. BERG, licencié ès sciences physiques et ès sciences mathématiques, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de physique à ladite Ecole.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE REIMS. — M. GRANDVAL, pharmacien de 1re classe, professeur de chimie organique et de toxicologie à ladite Ecole, est nommé secrétaire en remplacement de M. Gentilho.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — Sont nommés, à ladite Ecole : Prosecteurs : MM. Biscous, Louet, Picon ; — Préparateurs : MM. Soucheire, Suis et Albespy.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours public pour la nomination à trois places de médecin.* Ce concours sera ouvert le lundi 30 avril 1888, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria.

MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire, au Secrétaire général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des Candidats sera ouvert le lundi 26 mars 1888, et sera clos définitivement le samedi 14 avril suivant, à trois heures.

Concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris. — Ce Concours sera ouvert le lundi neuf avril 1888, — à une heure précise, — dans l'Amphithéâtre de la Pharmacie centrale de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris, quai de la Tournelle, 47. Les personnes qui voudront concourir devront se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, depuis le lundi 12 mars jusqu'au mercredi 28 mars inclusivement, de onze heures à trois heures.

Concours pour les prix à décerner à MM. les élèves en pharmacie des hôpitaux et hospices. — Le lundi 7 mai 1888, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'Administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un Concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices. MM. les élèves sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours. Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au Secrétariat général de l'Administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mardi 3 avril, et sera clos le lundi 23 avril, à trois heures.

Concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris : Ce concours sera ouvert le vendredi 4 mai 1888, à midi, à l'Administration centrale, venue Victoria. MM. les Docteurs qui voudront concourir se feront inscrire au Secrétariat général de l'Administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres. Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 3 avril 1888, et sera clos définitivement le samedi 21 avril, à 3 heures.

HOSPICES D'AMIENS. — A la suite du concours ouvert le 30 janvier 1888 à l'Hotel-Dieu d'Amiens, M. le Dr DHOURDIN est nommé chirurgien suppléant de l'Hotel-Dieu et M. le Dr DU ROSELLE, médecin suppléant de l'hospice Saint-Charles et de l'hospice de Saint-Vincent-de-Paul.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE : PRIX. — *Programme des concours.*— 1886-1888 : Etudier les mesures d'hygiène publique et privée qui sont de nature à prévenir le développement et la propagation de la tuberculose en Belgique. *Prix* : 500 *fr.* (*Clôture du concours* : 31 *décembre* 1888). — 1888-1889 : Etablir et discuter les moyens de diagnostic différentiel des tumeurs du ventre. *Prix* : 600 *fr.* (*Clôture du concours* : 15 *mars* 1889). — Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement ; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes. *Prix* : 600 *fr.* (*Clôture du concours* : 15 *mars* 1889).

Prix fondé par un anonyme. — Elucider par des faits cliniques, et au besoin par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie. *Prix* : 8000 *fr.* (*Clôture du concours* : 31 *décembre* 1888). Des encouragements, de 300 à 1.000 fr., pourront être décernés à des auteurs qui n'auraient pas mérité le prix, mais dont les travaux seraient jugés dignes de récompense. Une somme de 25.000 fr. pourra être donnée, en outre du prix de 8.000 fr., à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, telle que serait, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Conditions des concours — Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port*, au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles. Sont exclus des concours : 1° Le mémoire qui ne remplit pas les conditions précitées ; 2° Celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement ; 3° Celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant. L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original. Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe. Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président en séance publique. Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai d'un an. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée. Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé ; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie de son travail. L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire, dont elle a ordonné l'impression, cinquante exemplaires tirés à part, et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais. — *Nota.* Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent pas prendre part au concours.

AMBULANCES URBAINES. — Le 14 avril, à une heure 1/2, au Tribunal de commerce, adjudication des travaux pour la construction d'une station de voitures d'ambulance, rue Staël. Evaluation 50,427 fr. ; frais, 1,200 fr.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. — *Programme des cours de la saison d'été* (Année 1888). 1° *Cours de médecine opératoire.* MM. les Elèves internes et externes des hôpitaux et hospices sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 16 avril 1888, à quatre heures. — 2° *Conférences d'histologie.* Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le Dr Armand SIREDEY, chef du Laboratoire. MM. les Elèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope. *Nota.* — Les microscopes et autres instruments nécessaires à ces divers travaux pratiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les Elèves par l'Administration de l'Assistance publique. Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les Elèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'Amphithéâtre, à partir du 9 avril.

ASSAINISSEMENT DES VILLES. — La ville du Mans vient d'être autorisée à emprunter 327,372 francs pour des travaux parmi lesquels nous relevons : Construction d'égouts, 105,750 fr. ; — établissement de conduites ascensionnelles de distribution d'eau, 80,000 fr.

BANQUET ANNUEL DE L'INTERNAT. — Le banquet des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 7 avril, à sept heures, dans les salons du Grand-Hotel, sous la présidence de M. le Pr Hardy. Le prix de la cotisation (20 fr. pour les anciens internes, 16 fr. pour les internes en exercice) peut être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde, ou bien à l'un des commissaires du banquet, MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Emile).

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE. A Bruxelles, se tiendra, du 10 au 16 septembre, le premier congrès international d'otologie. M. le Dr Emile MENIÈRE est chargé d'y représenter le Ministère de l'Instruction publique.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIMIE ET DE PHARMACIE. — Ce Congrès doit avoir lieu à Milan en septembre prochain. Le Conseil directeur de l'Association pharmaceutique lombarde a adressé un chaleureux appel aux pharmaciens, chimistes, industriels, professeurs et docteurs en chimie afin de les inviter à se cotiser pour recueillir les fonds nécessaires à la réunion du Congrès. Dans le cas non probable, ajoute le comité, où cet appel ne serait pas suivi d'un résultat favorable, le Conseil, déclinant toute responsabilité, en informera l'Association internationale en regrettant que l'indifférence et l'apathie de nombreux collègues ne lui permette pas de mettre à exécution le vote du précédent Congrès de Bruxelles.

FEMMES MÉDECINS. — D'après les *Archives suisses d'Odontologie*, il y aurait actuellement en Suisse 102 femmes étudiant la médecine.— A Kaschan, en Perse, trois dames russes, docteurs en médecine, ont fondé récemment un hôpital de consultations pour les femmes musulmanes et ont donné l'année dernière 15.000 consultations.

FEMME PHARMACIENNE. — La *Gazette des Hôpitaux* de Toulouse nous annonce la nomination de Mme GAILLARD-BONSHOMME pharmacienne, à la direction de la pharmacie, au lycée de Toulouse, en remplacement de M. MAGNES-LAHENS.

FEMMES MÉDECINS EN RUSSIE. — Les femmes médecins ont fêté dans un grand restaurant, le dixième anniversaire de leur existence professionnelle. Un grand nombre de professeurs et de notoriétés médicales assistaient à ce banquet, MM. Botkine, Tarnowski, Rauchfuss ont pris la parole. Le professeur Botkine a dit qu'une sorte de divination instinctive était propre au cerveau des femmes, et que cette Faculté pouvait être d'un grand secours pour le diagnotic. Le professeur Rauchfuss a rappelé l'activité médicale des femmes russes dans les dix années qui viennent de s'écouler. Le professeur Tarnowski a ensuite exprimé l'espoir de voir se rouvrir les cours de médecine pour les femmes suspendus, depuis quelque temps par le gouvernement russe (*Bulletin médical*).

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. CAGNAT, professeur au Collège de France, membre de la commission de Tunisie, est chargé d'une mission archéologique dans la régence de Tunis.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. SAUVINET est nommé préparateur de la chaire de zoologie (insectes et crustacés) en remplacement de M. Boulard, décédé.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro (celui de janvier), d'un nouveau journal que viennent de fonder MM. Varnier et Legendre, anciens internes des hôpitaux. Il est intitulé : *Revue pratique d'obstétrique et de l'hygiène de l'enfance*. Ce journal est surtout destiné aux sages-femmes et aux médecins praticiens. Nous souhaitons le meilleur succès à cette nouvelle publication.

PROJET DE FACULTÉ DE MÉDECINE A MARSEILLE. — La Commission de la Faculté de médecine s'est réunie samedi matin, à 10 heures. Elle a entendu la continuation du rapport de M. Gourret, qui a examiné, dans cette séance, les divers enseignements que devra comporter la future Faculté. Parmi les créations qui s'imposent, vient en première ligne la chaire de bactériologie, appelée à rendre de très grands services dans notre ville que des épidémies ont malheureusement trop souvent visitée. Les plans de la future Faculté sont à l'étude et il sera bientôt possible à la Commission de statuer sur l'importante question de la création d'une Faculté, que, depuis 1866, tous nos Conseil municipaux ont inutilement réclamée (*Petit Provencal*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND. PRIX. — 1re *question* : Etudier les applications de la méthode antiseptique au traitement des maladies internes. — 2e Faire l'exposé historique de la marche du croup en Flandre. — 3e Etudier les causes de la mortalité de la première enfance dans les grands centres manufacturiers. — 4e Discuter le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires. — 5e Quelles sont, dans l'état actuel de la science, les indications de l'opération césarienne. — *Sujet librement choisi*. Mémoire sur une question d'anatomie ou de physiologie normale ou pathologique. Les mémoires doivent être écrits en français, néerlandais ou latin, accompagnés d'un billet cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur, et envoyés au Secrétaire de la Société : M. H. Leboucq, Coupure, 131, à Gand, avant le 1er juillet 1889. L'auteur d'un mémoire couronné recevra une médaille d'or de la valeur de deux cents francs; 50 exemplaires tirés à part du mémoire qui sera imprimé dans les publications de la Société, et le titre de membre correspondant.

NÉCROLOGIE. — Le *Lyon médical* du 11 mars nous annonce la mort de M. Joseph BERTHE, ancien médecin auxiliaire de la marine mordu il y a environ trois mois par un chien enragé. Malgré les instances de son beau frère M. le Dr Cessin, M. Berthe avait refusé de se soumettre au traitement de M. Pasteur. — M. le Dr VIBERT chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy, président de l'Association de la Loire et de la Haute-Loire. — On annonce également la mort à Madrid du Dr R. MARTINEZ Y MOLINA, un des principaux collaborateurs de la *Revista de medicina y cirurgia practicas*, membre de l'Académie de médecine de Madrid, etc. — Le Dr CALLIAS, agrégé de médecine opératoire à l'Ecole de médecine de Constantinople. — Le Dr JEANBERNAT (de Toulouse). — Le Dr SOULEYRE, de Bœn-sur-Lignon (Loire). — Le Dr MARIÉ, à Paris. — Le Dr RODET, médecin-major. — Le Dr CHAROULET, de Lascelles. — Le Dr ROUX, médecin de l'hôpital de Meximieux. — Le Dr TOPOROFF, professeur de thérapeutique à Moscou.

BULLETIN BILBIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès médical.

BLOCQ (P.). — Sur une affection caractérisée par de l'atasie et de l'abasie (Incoordination motrice pour la station et pour la marche (Charcot et Richet). — Ataxie motrice hystérique (V. Mitchell). — Ataxie par défaut de coordination automatique (Jaccoud). 1 vol. in-8 de 55 pages avec 6 figures. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. . . . . 1 fr. 50.

Librairie BERGER-LEVRAULT et Cie, 5, rue des Beaux-Arts.

REVUE DES ÉTABLISSEMENTS DE BIENFAISANCE. — Sous ce titre, la librairie Berger-Levrault, publie depuis 1885 un recueil mensuel très intéressant consacré à toutes les questions qui concernent les hospices, les hôpitaux, les bureaux de bienfaisance, les monts-de-piété, les asiles d'aliénés, les enfants assistés, les dépôts de mendicité, les sociétés de charité maternelle, les crèches et autres établissements publics ou privés. Le prix de l'abonnement est de *dix francs* par an.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulev. St-Germain.

JORGE (R.). — De l'electrométrie et de l'électro-diagnostic à propos de la paralysie faciale de Ch. Ball. Volume in-8 de 94 pages et 2 planches.

Librairie A. COCCOZ, 11, rue de l'Ancienne-Comédie.

DINITCH (K.). — Le Képhir ou Champagne lacté du Caucase. Volume in-8 de 72 pages. — Prix. . . . . 1 fr. 50
MATHIEU-SICAUD (H.). — De l'étiologie héréditaire de la paralysie spinale infantile aiguë. Brochure in-8 de 30 pages.

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

PETIT (L.-H.). — Œuvres complètes (Anatomie-Physiologie-Chirurgie) de JEAN MÉRY. Volume in-8 de 558 pages, avec 3 planches et un portrait hors texte. —Prix : 16 fr.
TARNIER, CHANTREUIL et BUDIN. — Allaitement et hygiène des enfants nouveau-nés. Couveuse et gavage. Volume in-8 de 286 pages. — Prix : 3 fr. 50

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 14. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 7 AVRIL 1888.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE NERVEUSE

Hystérie et syphilis. — Paralysie psychique ;

Par le Dr **Paul RAYMOND**, ancien interne des hôpitaux,

Parmi les questions qui, dans ces derniers temps, ont attiré l'attention, se trouve celle de l'influence des intoxications sur les manifestations de l'hystérie. Différents travaux ont été publiés sur l'hystérie mercurielle, l'hystérie saturnine, l'hystérie alcoolique. Quelques faits plus rares d'hystérie liée à l'infection syphilitique, ont été également signalés. Il ne s'agit pas ici, bien entendu, d'hystérie engendrée par le mercure, créée de toutes pièces, par le plomb ou l'alcool, mais bien d'hystérie développée chez des alcooliques ou des hydrargyriques : récemment encore, M. le Pr Charcot insistait sur ce point. Lorsqu'on parle d'hystérie mercurielle, saturnine, il faut entendre des manifestations hystériques développées chez des individus intoxiqués par le plomb, le mercure, et qui étaient en puissance d'hystérie. Chez eux, l'intoxication a déterminé l'éclosion des accidents, au même titre que chez d'autres, c'est le traumatisme qui entre en jeu pour donner naissance d'une part à l'hystéro-traumatisme et, d'autre part, à ce que l'on a appelé l'hystérie mercurielle, l'hystérie saturnine.

De même, il est possible de voir l'hystérie éclater sous l'influence de l'infection syphilitique. Ce sera l'hystérie syphilitique. Sans vouloir faire ici l'historique de la question, nous rappellerons que Ricord, le premier, a appelé l'attention sur le réveil de certaines névroses provoqué par les manifestations secondaires de la syphilis ; que Baumès, Zambaco, Lancereaux et d'autres auteurs encore se sont occupés de cette question. Dans la thèse d'agrégation du Dr Chauvet (*Influence de la syphilis sur les névroses*, 1880) on trouve aussi sur cette question des détails intéressants.

M. le Pr Fournier a parfaitement montré que la syphilis pouvait à la fois développer l'hystérie, qui ne s'était pas encore révélée, ou réveiller cette névrose alors qu'elle était déjà éteinte ou calmée. « Il est assez commun, dit-il, que des femmes anciennement hystériques, dont les accès s'étaient amendés depuis un certain temps, voient tout à coup leurs crises et leurs anciens malaises nerveux reparaître dans le cours de la période secondaire. Sous l'influence de l'éréthisme qu'imprime aux fonctions nerveuses le poison de la vérole, ces femmes redeviennent hystériques, *à compte nouveau*, si je puis ainsi dire, ou le deviennent à un degré supérieur si elles n'avaient cessé de l'être. L'hystérie qui, chez elles, s'était calmée, subit de l'influence syphilitique une exacerbation nouvelle (1). »

C'est un fait de ce genre, observé par nous à l'hôpital Saint-Louis, alors que nous étions l'interne de M. le Dr E. Vidal, que nous nous proposons de relater ici. Il s'agit de manifestations hystériques éteintes depuis sept ans et réveillées sous l'influence de la syphilis. Cette observation est également un bel exemple de ce que l'on a étudié récemment sous le nom de paralysies d'ordre psychique et c'est à ces différents titres que nous la publions.

La nommée Alice B., âgée de 26 ans, employée de commerce, entre dans le service de M. E. Vidal le 2 février 1886. Elle a été réglée à 16 ans, et depuis elle a toujours été bien réglée. Elle n'a jamais eu d'enfant. Aucune maladie antérieure, sauf une atteinte de chlorose à quinze ans. Vers l'âge de 9 ans, sujette à des névralgies de la face, Sensation de clou au niveau du vertex, sensation de boule remontant à la gorge et amenant la suffocation. D'un caractère doux mais bizarre, elle pleurait facilement ou se mettait à rire sans motifs. Vers l'âge de 17 ans, elle présenta fréquemment des attaques de nerfs : à la moindre émotion elle se trouvait mal. Aux renseignements que la malade donne sur ses attaques, on reconnaît nettement l'hystérie.

Ces phénomènes persistèrent jusqu'à l'âge de 18 ans et demi ou 19 ans; depuis 7 ans, et la malade est très affirmative sur ce point, elle n'a eu aucune attaque, aucune lipothymie. Loin de s'irriter comme dans son enfance, elle était plutôt devenue apathique et elle ne présentait plus, somme toute, aucun stigmate apparent d'hystérie. Elle n'a jamais constaté aucun trouble de la sensibilité générale ou spéciale. Elle ne se ressentait aucunement, dit-elle, des troubles nerveux qu'elle avait présentés quelques années auparavant.

Au mois de janvier 1886, chancre syphilitique de la vulve. A l'entrée, la malade est en pleine éruption roséolique en même temps qu'elle présente des syphilides papuleuses sur le front, les cuisses, le cou, des plaques muqueuses, de l'alopécie, etc. Comme traitement, deux pilules de Dupuytren. Dans le courant du mois de février, la malade se plaint de douleurs ostéocopes dans les tibias et de maux de tête nocturnes, accidents qui cèdent à l'emploi d'une faible dose d'iodure de potassium.

En somme, manifestations d'intensité moyenne, mais qui avaient vivement impressionné cette jeune femme. Elle était triste, maigrissait et s'anémiait.

Elle était d'autant plus frappée qu'elle avait comme voisine une malade atteinte depuis plusieurs mois d'une paraplégie syphilitique avec incontinence d'urine, rétention des matières fécales, escharres, secousses douloureuses et trépidation épileptoïde dans les membres inférieurs, douleurs lombaires, etc. Notre malade parlait souvent à sa voisine de la maladie qui leur était commune.

Vers le 15 mars, elle accuse, dans la tête, des battements, des élancements, et au niveau de la colonne vertébrale une douleur pongitive, mais passagère, durant de dix à quinze minutes environ.

Les jours suivants elle accuse une grande faiblesse dans les jambes qui flageolent.

Le 23 mars elle marche très difficilement, et à onze heures du soir elle est complètement paralysée.

Le 24 mars, à la visite, on constate qu'elle peut encore soulever les talons au-dessus du lit; si l'on essaye de la faire marcher on constate qu'elle ne peut se tenir debout. Il n'y a aucune exagération des réflexes. Les réflexes patellaires sont normaux. Pas de trépidation épileptoïde, pas de troubles des sphincters. La malade accuse une sensation d'engourdissement au niveau des deux pieds. La sensibilité est conservée dans tous ses modes, mais notablement diminuée à gauche. Outre cette diminution de la sensibilité, on trouve une abolition du réflexe pharyngien, du rétrécissement du champ visuel et un peu de dyschromatopsie de l'œil gauche ; de ce côté, le violet est seulement perçu

(1) Fournier. *Leçons sur la syphilis*, 1873, p. 816.— Voir aussi l'analyse d'une leçon de M. Charcot, publiée dans le *Progrès médical*, 1887, n° 5, 17 septembre.

comme du gris. La saveur du sulfate de quinine est mieux perçue du côté droit que du côté gauche. En se basant sur le début brusque de cette paraplégie qui n'atteint que les muscles soumis à la volonté. paraplégie survenue chez une femme faible d'esprit, ayant l'idée fixe de paralysie et présentant des troubles nerveux concomitants, le diagnostic de paralysie hystérique d'ordre psychique s'impose. La malade est changée de lit, placée à l'extrémité de la salle. A différentes reprises on essaye de l'hypnotiser mais ces tentatives restent infructueuses.

La malade reste dans cet état jusqu'au 15 mai; à cette époque elle avait encore pour voisine une femme atteinte de syphilis et qui présentait une otite suppurée du côté droit en même temps qu'une ancienne perforation du tympan du côté gauche. Le 15 mai notre malade prétend que depuis la veille elle est complètement sourde. On pratique l'examen des oreilles; les tympans sont absolument sains, les trompes libres. On cherche à dépister la simulation en persuadant par écrit à la malade que dans la surdité dont elle est atteinte on entend toujours le diapason appliqué sur le front et l'on reconnaît que les vibrations de ce diapason approché du pavillon de l'oreille ou appliqué sur le front ne sont nullement perçues. On fait surveiller la malade et l'on acquiert la conviction que la surdité est parfaitement réelle.

Quelques jours après la malade a une discussion avec l'infirmière qui lui signifie qu'elle ne veut plus s'occuper d'elle, que si elle a besoin de quelque objet elle se lèvera pour aller le chercher, etc. Très émue, la malade essaye le jour même de marcher. Elle hésite d'abord, chancelle et ne fait que deux ou trois pas en se traînant. Puis elle fait quelques pas et, au bout de trois ou quatre jours, elle commence à marcher, d'abord en titubant, en oscillant de part et d'autre de la ligne droite, puis enfin de plus en plus franchement, à tel point que la malade pouvait aider l'infirmière dans son service.

Un jour, sans qu'on ait su pourquoi, la malade quitte l'hôpital, guérie de sa paraplégie, améliorée quant à sa syphilis et à l'anémie consécutive, mais la surdité persiste encore.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs titres. En premier lieu, réveil de l'hystérie sous l'influence de la syphilis. Les manifestations hystériques qui ne s'étaient pas reproduites pendant sept ans, reparaissent deux mois et demi après l'apparition d'un chancre infectant.

Chez un sujet prédisposé, cette intoxication a suffi pour déterminer l'éclosion des phénomènes morbides résultant vraisemblablement de l'anémie qu'entraîne après elle l'imprégnation syphilitique.

En second lieu, cette observation est un type de paralysie par auto-suggestion, ou comme on dit de paralysie psychique. Chez une femme hystérique, à intelligence peu développée, des notions erronées sur la relation de cause à effet, l'idée fixe d'une paraplégie, puis d'une surdité, a dû produire cette paraplégie et cette surdité reconnaissables à leurs caractères particuliers. L'un de ces caractères, et ce n'est pas le moins intéressant, a été la disparition brusque de la paralysie sous l'influence d'une violente émotion. C'est là un ordre de faits dont nous devons l'élucidation aux enseignements de M. Charcot, et l'on comprend aujourd'hui que parfois la guérison de ces sortes de paralysies hystériques est la conséquence d'une impression vive, d'une commotion morale de quelque nature qu'elle soit.

SUPPRESSION DES INSPECTEURS GÉNÉRAUX. — Dans sa séance de vendredi matin, 9 mars, la Chambre des députés a voté la suppression des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur. Si le Sénat maintient cette suppression, il n'y aura plus d'inspecteur général dans l'ordre de la médecine.

OBSTÉTRIQUE

Thrombose des vaisseaux du cordon ombilical. — Rupture spontanée du cordon au huitième mois de la grossesse. — Adhérence et rétention du placenta. — Guérison;

par le Dr **Gabriel GAUTHIER**, médecin de l'hôpital de Charolles.

Mme I. V..., âgée de 28 ans, est accouchée à terme, il y a trois ans, d'un premier enfant, un garçon, atteint de syndactylie et de brachydactilie de la main gauche. Il n'a pu être vérifié si les vices de conformation existent héréditairement dans les familles du père ou de la mère; mais la mère de Mme V... est très nerveuse et M. V... est névropathe. Ce premier accouchement fut normal, quoique l'extraction du placenta ait été un peu laborieux. Mais, une fièvre puerpérale très grave, — c'était au temps d'une épidémie de scarlatine, — fit courir les plus grands dangers à la nouvelle accouchée.

Au commencement d'avril 1887, Mme V... devint de nouveau enceinte. A part quelques légères pertes de sang revenant irrégulièrement et durant environ une demi-journée, la grossesse suivit son cours normal jusqu'aux premiers jours d'octobre. A ce moment, c'est-à-dire à la fin du sixième mois, il se produisit brusquement et sans cause, un écoulement de liquide semblable au liquide amniotique. Cet écoulement était continu, non accompagné de contractions utérines et n'ayant pas d'autre inconvénient que celui de tenir la patiente sans cesse mouillée; il fut considéré comme étant de l'hydrorrhée, et l'immobilité presque absolue fut recommandée. Les choses durèrent ainsi pendant un mois et demi.

Le 15 novembre, Mme V..., étant au milieu du huitième mois de sa grossesse, est prise des douleurs de l'enfantement. A notre arrivée, nous constatons une dilatation du col à peu près complète, sans formation de poche des eaux et une présentation du siège. On nous affirme que, les derniers jours, l'écoulement de liquide n'a pas varié de quantité, qu'il a même cessé aux premières douleurs, et que, depuis, « rien n'a coulé, » nous constatons, du reste, que les linges sur lesquels repose la malade sont complètement secs. Les mouvements actifs de l'enfant ne sont plus sentis depuis 24 heures. Au bout d'une demi-heure, sans douleurs expulsives, Mme V... met au monde un enfant mort bien conformé, mais amaigri et d'apparence chétive. A la section du cordon, pas le moindre écoulement de sang ne se produit par l'extrémité placentaire. Ce fait étrange nous fait immédiatement considérer ce cordon, et, pendant cet examen, il nous en vient à la main, sans la moindre traction, un fragment de 25 centimètres. Une heure après l'accouchement, le placenta n'est pas encore décollé; pas le moindre écoulement de sang par la vulve. Une série de tentatives avec deux doigts introduits dans l'utérus ne donne aucun résultat; enfin, après une attente de six heures, nous nous résolvons, alors que l'ouverture du col rend encore la chose possible, à introduire la main dans la cavité utérine, pour opérer le décollement. Mais le placenta adhère si solidement que ce n'est que, lambeau par lambeau, que la moitié environ peut en être extraite. Le tissu placentaire est congestionné, plus friable, se déchirant plus facilement qu'à l'état ordinaire. Un de ces lambeaux porte la portion du cordon, longue de 10 centimètres, au niveau de laquelle s'est faite la rupture dont nous avons parlé. Voici les particularités que présentait ce

cordon. Il mesurait environ 40 centimètres, — du volume de l'index, et pouvait être classé parmi les cordons gras, en ce sens que la gélatine de Warthon y était très abondante et y formait de nombreux appendices d'apparence hyaline. L'entortillement et la duplication des vaisseaux donnaient naissance à de grosses nodosités, ce qui expliquait aussi la longueur relativement courte de ce cordon. Mais le plus intéressant, c'est la façon dont se comportait la gaine de Warthon par rapport aux vaisseaux ombilicaux, à l'endroit où la rupture s'était produite. A 10 centimètres de l'insertion du cordon au placenta, cette gaine cessait tout à coup, se terminant par une cupule, du centre de laquelle émergaient les vaisseaux ombilicaux, qui formaient seuls la continuité du cordon. Sur l'extrémité fœtale existait la même disposition en cupule ou en doigt de gant retourné. C'était naturellement dans cette solution de continuité de la gaine gélatineuse qu'avait eu lieu la rupture du cordon ou, pour parler plus exactement, des seuls vaisseaux ombilicaux. Dans le trajet d'environ 2 centimètres que ceux-ci parcouraient ainsi isolés, ils présentaient un moindre calibre, et, à ce niveau aussi, leurs parois étaient plus minces et plus fragiles. En pressant sur les extrémités du cordon, on faisait sortir par les ouvertures des vaisseaux des caillots sanguins vermiculaires. Dans tout le reste de leur trajet, ces vaisseaux ne présentaient aucune altération de leurs parois, mais ils étaient remplis — la veine surtout — de caillots denses, quoique paraissant, par leur couleur, de formation récente. Des injections intra-utérines au sublimé corrosif et à l'acide phénique furent pratiquées immédiatement, et, au bout d'un mois, la guérison était complète, sans qu'il soit survenu aucun accident, si ce n'est quelques accès de fièvre pendant les trois premiers jours.

Il y a plus d'un point intéressant dans cette observation :

1° L'écoulement lent et continu du liquide amniotique pendant un mois et demi est un fait tellement rare (un aussi long temps est nié par la plupart des auteurs classiques, et, en particulier, par Stolz) que nous le considérions comme de l'hydrorrhée simple, et, pour nous convaincre de sa véritable nature, il a fallu que nous constations que l'expulsion du fœtus se faisait *à sec*, sans issue de liquide amniotique.

2° Le vice de conformation du cordon que nous avons décrit, consistant en une disparition de la gélatine de Warthon sur une certaine étendue et en la dégénérescence consécutive des vaisseaux à cet endroit, n'a dû être que très rarement signalé, puisque nos recherches bibliographiques ne nous en ont fait découvrir aucune observation. Dans ces conditions anatomiques, la rupture spontanée du cordon, pendant la grossesse, s'explique tout naturellement; et il n'y a eu besoin pour la produire ni de contractions utérines violentes, puisque l'accouchement s'est fait, pour ainsi dire, sans douleur, ni de tractions exagérées par suite de la présentation de l'enfant par les fesses et de la longueur relativement courte du cordon : la fragilité en était telle que le moindre mouvement actif ou passif pouvait amener la rupture. Du reste, il est probable que celle-ci s'est faite spontanément pendant la grossesse; puisque, avant tout travail, les mouvements actifs du fœtus avaient cessé d'être perçus par la mère depuis 24 heures, et que la mort du fœtus a dû coïncider avec la rupture.

3° Cette rupture du cordon n'a pas été accompagnée de la moindre hémorrhagie. Car, nous l'avons dit, pendant toute la durée de l'accouchement et de la délivrance, il n'est pas sorti de sang liquide ou en caillots. Comment expliquer cette absence d'hémorrhagie? Doit-on admettre qu'il y a eu formation des caillots dans les vaisseaux ombilicaux antérieurement à leur rupture? C'est, en effet, la seule hypothèse admissible, la seule qui explique l'enchaînement pathogénique des faits. La dégénérescence des parois vasculaires et le rétrécissement des vaisseaux à l'endroit où la rupture s'est effectuée ont dû donner lieu à la formation autochtone d'un caillot ; la coagulation s'est alors étendue de proche en proche, par le processus ordinaire de la thrombose, dans tout le trajet des vaisseaux jusqu'au placenta. Il en est naturellement résulté, pour celui-ci, d'abord un état hyperémique, puis un véritable travail sub-inflammatoire se produisant à la fois sur la surface interne de la muqueuse de l'utérus et sur la surface utérine du placenta ; de là, épanchement de lymphe plastique, organisation de fausses membranes, et en dernière analyse, production des adhérences utéro-placentaires qui ont empêché, malgré nos efforts, l'extraction totale de l'arrière-faix. L'état hyperémique du placenta s'est révélé aussi, pendant la grossesse, par ces pertes de sang fréquentes se produisant à partir du quatrième mois de la gestation. Les membranes ont dû assurément participer à cet état pathologique du placenta, et ainsi peut s'expliquer leur rupture très prématurée dans un point voisin de leur union avec le délivre.

En résumé, nous enchaînons de la façon suivante la série des particularités intéressantes de cette observation : 1° Vice de conformation du cordon et dégénérescence des parois vasculaires ; — 2° thrombose, localisée d'abord au niveau de cette altération vasculaire, puis formation d'un coagulum tout le long du cordon ; — 3° hyperémie du placenta par gêne circulatoire dans le cordon ; sous cette même influence, rupture prématurée des membranes et formation d'adhérences utéro-placentaires; — 4° rupture spontanée des vaisseaux dégénérés du cordon et avortement.

Quant au premier anneau de cette chaîne pathologique — le vice de conformation (par défaut) du cordon — il faut le rattacher à cette même prédisposition, grâce à laquelle les parents avaient déjà engendré précédemment un enfant atteint de brachydactylie, autre vice de conformation par défaut.

OPHTHALMOLOGIE

Notes sur l'érythrophléine ;

Par le Dr L. VIGNES, chef de la Clinique de M. le Dr LANDOLT.

Le 11 janvier, M. Lewin fait connaître à la *Société de médecine de Berlin*, l'érythrophléine qu'il considère comme un nouvel anesthésique local. Quelques jours après, M. Trousseau, dans le *Bulletin médical*, met en parallèle la cocaïne et l'érythropléine et exprime l'opinion qu'elle n'est pas appelée à détrôner son aînée. L'attention a été, hier seulement, appelée sur ce nouveau produit ; il a déjà une histoire et sa bibliographie est riche. Citons les noms de MM. Liebreich, Schœler, Koller, Hirschberg, Welcker, Goldschmidt Twedy, Reuss, Königstein, Karewski et enfin M. le professeur Panas, qui a communiqué à l'Académie ses recherches sur cet agent qu'il connaissait depuis longtemps et dont il dût cesser l'emploi à cause des troubles qu'il produisait.

Dès la communication de Lewin, sur les conseils de notre maître M. Landolt, nous avons aussi étudié l'action de l'érythrophléine sur les nerfs sensitifs et les nerfs moteurs intrinsèques de l'œil. Qu'il nous soit permis de don-

ner ici un court résumé de nos expériences, bien que bon nombre de travaux aient déjà paru sur la matière et que nos résultats ne soient pas notablement différents de ceux des autres expérimentateurs.

Les solutions employées, titrées à 1/200 et 1/400, nous ont été remises par M. Vicario et étaient d'une absolue pureté. Deux gouttes de la solution à 1/200, déposées sur la conjonctive à dix minutes l'une de l'autre, ont occasionné une vive cuisson, des picotements, de l'injection de la conjonctive bulbaire, de l'exagération de la sécrétion lacrymale. L'anesthésie cornéenne était complète vers la dixième minute, mais l'attouchement de la conjonctive avec les barbes d'une plume était douloureux.

La pupille est restée mobile et l'accommodation n'a pas été influencée pendant les premières heures. La douleur, peu intense au début, a augmenté ensuite et, chez une personne jeune et bien portante, a été assez vive pour provoquer de l'insomnie.

Le lendemain de l'instillation, la cornée était légèrement dépolie et anesthésiée; la conjonctive restait injectée; la pupille en myosis, ne réagissait ni à la lumière ni à l'accommodation.

On a avancé que la conjonctive reste réfractaire à l'anesthésie érythrophléique; pour nous rendre compte du fait nous avons instillé deux gouttes d'une solution à 1/400 dans le cul-de-sac conjonctival d'une personne qui avait subi l'énucléation. Vers la quinzième minute l'anesthésie était complète et persistait 24 heures après. La conjonctive qui recouvre les tarses, nous a semblé être beaucoup moins influencée par l'action de l'érythrophléine.

A un second groupe de sujets, nous avons instillé deux gouttes de la solution à 1/400; toutes nos expériences sont semblables, nous n'en rapporterons donc qu'une seule.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans possédant pour chaque œil une hypermétropie totale d'une dioptrie avec une acuité visuelle normale, et une amplitude d'accommodation égale à 10 dioptries. Nous lui avons instillé, à 13 minutes d'intervalle, deux gouttes de la solution à 1/400 et nous l'avons observée de cinq en cinq minutes

De la dixième minute à la trentième, la cornée est devenue insensible, mais la conjonctive était hyperémiée et hyperesthésiée; il y avait de l'injection vasculaire, de l'exagération de la sécrétion lacrymale, de la douleur : augmentation de la tension intra-oculaire.

A la cinquantième minute, la pupille est toujours mobile et deux heures après il n'y avait aucun changement dans l'accommodation.

Le lendemain, trouble cornéen léger, dépoli épithélial, aspect nébuleux, hyperémie conjonctivale, myosis mais sans spasme de l'accommodation; douleurs assez violentes pendant une partie de la soirée. Mais hâtons-nous de terminer par l'exposé des conclusions auxquelles nous sommes arrivés :

L'instillation d'une solution, même faible d'érythrophléine, est douloureuse; elle produit l'anesthésie de la cornée de la dixième à la quinzième minute. La conjonctive, qui est hyperesthésiée par les solutions faibles, est aussi anesthésiée par une dose plus élevée; cependant la muqueuse qui recouvre les tarses est plus rebelle à son action.

L'anesthésie de la cornée et de la conjonctive persiste longtemps après l'instillation. L'érythrophléine est sans action sur le muscle accommodateur et le myosis, qui suit son emploi, n'est certainement qu'une action réflexe. Son impression sur les terminaisons des nerfs cornéens cause le resserrement pupillaire au même titre que les petites érosions épithéliales. On ne constate du myosis que pendant le trouble nébuleux de la cornée et comme effet éloigné.

La longévité au Japon.— La population du Japon s'est élevée en 1887 à 38.507.177 habitants. Sur ce nombre, 1.086.001 individus entre 70 et 80 ans; 247.055 entre 8 et 90; 12.200 entre 90 et 100, et 97 au-dessus de 100 ans (73 femmes et 24 hommes); parmi les femmes, deux ont plus de 109 ans et une 111 ans. (*Riforma medica*).

THÉRAPEUTIQUE

Oxydation médicamenteuse par la mousse de platine comme moyen thérapeutique ;

Par le Dr ONIMUS.

Nous avons l'honneur de présenter un appareil qui permet de répandre dans l'air les substances médicamenteuses et de leur donner en même temps par oxydation une action plus énergique.

Sans entrer dans les détails d'origine et de construction de cet appareil, nous dirons seulement que l'appareil que nous avons fait construire par M. Collin se compose essentiellement de mousse de platine maintenue incandescente par des vapeurs d'alcool, d'éther ou d'essence. L'appareil fonctionne dès que la flamme est éteinte et que le foyer formé par la mousse de platine reste rouge.

Dans ces conditions il y a oxydation des substances mises en contact avec le foyer et il se forme de l'ozone et des produits éthérés. L'expérience est concluante avec les papiers ozonomatiques et l'analyse chimique indique également que l'alcool pur, par exemple, donne naissance à des corps suroxydés.

Fig. 45.

Nous ne voulons actuellement que signaler quelques-unes des applications thérapeutiques de cet appareil. En employant des teintures alcooliques, des teintures éthérées, ou en faisant dissoudre les substances dans l'essence minérale, on obtient des effets très rapides; uniquement en laissant fonctionner l'appareil dans un appartement. L'action la plus certaine de ce moyen thérapeutique est de dessécher les muqueuses.

Ainsi dans le coryza, dans la bronchite avec catarrhe, dans certaines irritations des fosses nasales ou de la gorge, dans la fièvre des foins, nous avons obtenu des résultats remarquables.

Au bout de fort peu d'heures, en mélangeant à l'alcool de la terpine, du térébène, de l'eucalyptol ou de la teinture d'aconit nous avons arrêté l'écoulement muqueux. Nous nous hâtons d'ajouter cependant que dans les cas de ce genre où il existe en même temps de la fièvre, les symptômes généraux ont persisté et que l'écoulement local seul a cessé. Chez deux personnes atteintes de phtisie pulmonaire, en ajoutant à la teinture de terpine un millième de sublimé, et en employant en même temps de l'essence minérale et de l'essence de thym nous avons assuré un soulagement réel. Cette forme médicamenteuse est également remarquable par la facilité qu'elle imprime au mouvement de la respiration. Dans l'asthme, nous avons vu une personne s'en trouver très soulagée. Mais c'est principalement chez des cardiaques avec symptômes de suffocation que le fonctionnement de cet appareil avec un mélange de teinture de belladone nous a rendu de grands services.

La respiration devient aussitôt plus aisée et le malade se sent, selon l'expression de l'un d'eux, dans un air léger et agréable. Nous n'avons nullement la prétention de donner ce moyen comme amenant la guérison de toutes ces affections, mais nous sommes persuadés qu'il peut être très utile, et c'est pour cela que nous le signalons dès à présent afin que d'autres médecins

puissent corroborer nos recherches. Dans tous les cas, les expériences physiologiques que nous avons faites prouvent d'une façon incontestable que ce mode d'emploi a une action rapide et énergique.

En plongeant la mèche dans de l'éther sulfurique, et en plaçant dans une cloche où entre de l'air ordinaire, l'appareil et des animaux tels que des rats ou des cochons d'Inde, ceux-ci sont endormis au bout de deux ou trois minutes. De même si l'on emploie de l'alcool pur, les symptômes de l'ivresse se produisent après quelques instants; et sous ce rapport il n'y a aucune comparaison à faire, avec les effets que l'on obtient en évaporant de l'alcool d'après les procédés ordinaires. D'ailleurs à l'odeur seule qui se dégage on reconnaît facilement qu'il se forme des produits éthérés. Si l'on mélange de la strychnine ou de la morphine, l'action de ces substances est toujours très manifeste. Il est donc évident que les substances sont absorbées par ce procédé et qu'elles conservent leurs propriétés spéciales.

Mais à côté de cette action médicatrice, selon les corps que l'on incorporo dans le liquide qui actionne le foyer, cet appareil, comme d'ailleurs tous ceux qui sont fondés sur le même principe, possède une action assainissante considérable. Très rapidement une odeur quelconque est détruite. A plusieurs reprises nous avons mis dans cette atmosphère des viandes altérées, ou des liquides organiques décomposés, et l'odeur fétide disparaissait. Mais le fait le plus important et qui montre combien, dans un grand nombre de maladies, on pourra utiliser ce procédé, c'est le résultat des expériences suivantes faites au Laboratoire d'histologie de la Faculté de médecine. En prenant du sang frais que l'on place dans les conditions ordinaires pour qu'il devienne scepticémique, celui qui est en contact avec l'atmosphère dans laquelle se dégagent les produits d'oxydation ne s'altère que très lentement, et les globules du sang s'y distinguent encore le troisième jour, tandis qu'on n'en trouve plus trace dans le sang qui était à l'air ordinaire. Dans le premier des microorganismes s'y développent en même temps lentement et en très petite quantité. Enfin, en injectant sur des lapins ou des cobayes, ces différents sangs, celui qui a été dans les conditions ordinaires détermine la mort en deux ou trois jours; tandis qu'il y a plus de deux mois, sur des animaux semblables nous avons injecté la même quantité de sang provenant du même animal mais qui avait été placé à côté d'un de ces appareils actionné par un mélange d'alcool, d'essence minérale et d'un millième de sublimé, et ces animaux vivent encore et se portent très bien. Ces faits sont assez concluants, il nous semble, pour qu'il soit inutile d'insister sur la conclusion qu'ils imposent.

Missions scientifiques. — M. le Dr Morisse, est chargé d'une mission scientifique en vue d'entreprendre diverses études médicales et d'histoire naturelle dans les bassins du Haut-Orénoque et de l'Amazone. — M. le Dr Geay est chargé d'une mission dans le Nicaragua, la Colombie et le Vénézuela, à l'effet d'y entreprendre des recherches d'histoire naturelle et d'y réunir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

Société de médecine légale. — Séance du lundi, 9 avril 1888, à 4 heures très-précises au Palais de Justice, dans la salle des Référés. *Ordre du jour* : Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente : 1° M. le professeur Brouardel. — Présentation d'un travail de M. le Dr G. Linossier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Lyon, sur la recherche du sang dans les expertises médico-légales. — 2° M. le Dr Marcel Briant. — Analyse de la thèse inaugurale de M. le Dr Vétaulo. Etude médico-légale sur l'alcoolisme. — 3° Discussion sur les traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. 4° Communications diverses.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Association française pour l'avancement des sciences. (17e *session.*) Congrès d'Oran.

La dix-septième session de l'Association française pour l'avancement des sciences, a été ouverte le jeudi 29 mars au cirque de la ville d'Oran, et la séance d'inauguration a eu lieu à 3 heures en présence d'un grand nombre de membres du Congrès, de notabilités et d'habitants de la ville. Elle a été présidée par M. le colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des arts et métiers de Paris.

Sur le bureau et dans l'assemblée nous avons reconnu : M. le Pr Verneuil (de Paris), M. R. Blanchard (de Paris), M. Pomel, sénateur, M. Demarcht, vice-président du comité local, M. le Dr Bugeat, M. Mondot (d'Oran), M. le Pr Grasset (de Montpellier), MM. Gariel, Cartaz, etc. M. Mathieu, maire d'Oran, a d'abord souhaité, au nom de la municipalité, la bienvenue aux nombreux congressistes venus visiter l'Algérie.

M. le préfet Dunègre parle au nom du gouvernement; il est heureux de constater l'enthousiasme avec lequel les Français d'Algérie reçoivent leurs frères de la mère patrie, heureux de voir avec quel succès s'opère la véritable diffusion scientifique sous l'impulsion de l'Association française. La façon dont elle procède crée un mouvement d'idées qui est des plus profitables pour les pays que les congrès visitent. Les savants de toute la France et même de l'étranger y viennent exposer leurs idées, discuter sur les lieux mêmes les questions en litige et une pareille consultation doit donner des résultats certains.

Après M. le Préfet, M. Laussedat a pris la parole, et, dans un remarquable discours, a montré qu'elle était l'*influence civilisatrice des sciences appliquées aux arts et à l'industrie*. Mais, dès le début, le Président a tenu à faire remarquer, après avoir remercié la municipalité d'Oran, que si la France avait conquis l'Algérie par les armes, elle s'était aussi donné pour mission la civilisation de ce pays, qui en était encore aux mœurs du moyen âge. Et l'Association française, en venant de nouveau en Algérie, montre qu'elle fait plus que s'intéresser à la création de l'Académie ou de l'Université d'Alger, et qu'elle désire ardemment en voir la réalisation ; tant il est vrai que le développement de l'enseignement supérieur doit suivre de très près les progrès des études les plus élémentaires.

« Presque tous, tant que nous sommes dans ce Congrès, géomètres, astronomes, physiciens, chimistes, médecins, naturalistes, nous employons journellement, dans notre langage scientifique, des mots que nous devons à la reconnaissance arabe, et nous connaissons les noms vénérés des grands hommes, qui, après avoir préservé d'une destruction complète les chefs-d'œuvre, les trésors de la science grecque, les ont étudiés, commentés, développés, ont fait eux-mêmes de grandes découvertes, créé des sciences nouvelles et des arts nouveaux.

» Ou l'atavisme n'est qu'un vain mot, ou bien il ne serait pas surprenant qu'un jour, et c'est là mon vœu, les Facultés d'Alger et par la suite celles d'Oran et de Constantine devinssent des foyers intellectuels, non seulement pour les Français d'origine, mais pour les indigènes qui les fréquenteraient comme leurs ancêtres ont fréquenté les écoles célèbres de Bagdad, de Cordoue, de Séville et de Grenade ou même de Tlemcem, de Fez, de Tanger et du Maroc. »

Le discours de M. Laussedat est trop spécial pour que nous l'analysions complètement ici. Nous nous bornons

à en rapporter les principaux passages susceptibles d'intéresser les médecins qui aiment la science et qui suivent avec joie ce que chaque jour elle produit de nouveau.

« Si les sciences physiques sont inséparables, et la plupart des branches que je viens de nommer en sont autant de preuves, les sciences naturelles s'y rattachent elles-mêmes par bien des côtés et les sciences économiques les embrassent toutes et en suivent les résultats avec la même sollicitude.

« Que les agronomes, que les naturalistes en général et les géologues en particulier, que les médecins, les hygiénistes et les économistes veuillent bien m'excuser si je n'ai pas fait ressortir les services considérables que les sciences qu'ils cultivent rendent à l'humanité et à la civilisation. Que serions-nous et que ferions-nous sans elles qui nous nourrissent, nous procurent tous les matériaux que nous employons, nous enseignent à les produire ou à les découvrir, nous préservent des maladies, nous en guérissent ou tentent au moins de nous en guérir, et je demande aux économistes et aux statisticiens la permission de les mettre ici sur la même ligne que les médecins, car s'ils ne trouvent pas toujours les remèdes à tous nos maux, ils ne se font pas faute, avec leurs tableaux et leurs chiffres, de nous donner des avertissements.

« Il y a une vingtaine d'années, l'illustre Wurtz, après un voyage en Allemagne, était parvenu à appeler l'attention du public savant sur les splendides laboratoires dont les Universités de ce pays avaient été dotées. Le mouvement d'opinion qu'il avait provoqué n'est pas étranger aux améliorations qui ont été déjà introduites dans la plupart de nos grands établissements d'enseignement supérieur, améliorations qui se poursuivent en ce moment même, sur une si grande échelle, à Paris, où, après la reconstruction de l'Ecole de Pharmacie, on a entrepris celle de l'Ecole de Médecine et celle de la Sorbonne, qui, dit-on, doit être suivie d'importants agrandissements projetés pour le Collège de France (1). »

. . . .

M. DE CLERMONT, sous-directeur du laboratoire de chimie à la Sorbonne, secrétaire de l'Association, a retracé ensuite, aussi brièvement que possible, les principaux faits qui se sont passés depuis l'ouverture du Congrès de Toulouse, c'est-à-dire pendant l'année qui vient de s'écouler. Il a remercié les savants étrangers venus à Toulouse et le comité local, a rappelé les principales communications, retracé l'itinéraire des plus belles excursions, mentionné enfin les succès de divers ordres remportés par les membres de l'Association et que nous avons déjà annoncés dans ce journal ; puis il a rendu hommage aux morts illustres de la grande famille scientifique française.

Enfin, M. le secrétaire du conseil, M. GARIEL, remplaçant M. Galante, trésorier, a exposé l'état des finances de l'Association en 1887. Comme d'ordinaire, on a pu constater que le succès va croissant et que la situation pécuniaire est des plus prospères. Les recettes s'élèvent à 92.394 fr. 75 c. Les dépenses ont été de 84.631 fr. 59 c. Nous avons publié il y a quelque temps la liste des subventions accordées. Le capital total est aujourd'hui de 514.376 fr. 81 c.

M. le PRÉSIDENT a alors déclaré ouverte la dix-septième session de l'Association française pour l'avancement des sciences. A l'issue de l'Assemblée générale, les membres du Congrès se sont rendus dans les salles de section au Lycée pour procéder à la constitution des bureaux et à la fixation de l'ordre du jour pour les séances suivantes :

(1) Il ne s'agit plus là d'une hypothèse : l'agrandissement du Collège de France a été voté par le Parlement et par le Conseil municipal. Le Gouvernement a déposé, il y a un mois, un projet de loi afin d'obtenir la déclaration d'utilité publique pour les travaux de l'approbation de la Convention entre l'État et la ville de Paris.

A la *section de médecine*, ont été nommés : *Présidents d'honneur :* MM. le Pr Verneuil (de Paris), le Dr Mondot (d'Oran). — *Présidents :* M. le Pr GRASSET (de Montpellier). — *Vice-Présidents :* MM. les Drs Cros (d'Oran), Fontenau (d'Oran), Gross (de Nancy). — *Secrétaires :* MM. les Drs Tissier (de Paris) et Lévy (d'Oran); M. Marcel Baudouin, interne des hôpitaux de Paris.

A la *section d'anthropologie*, ont été nommés : *Présidents d'honneur :* MM. Tomasini, Pomel et Sabathié. — *Président :* M. le Dr MANOUVRIER ; 1er Vice-Président : M. le Dr Letourneau ; 2e Vice-Président : M. Vuison ; 1er Secrétaire : M. Carrière ; 2e Secrétaire : M. Pallavy.

A la *section d'hygiène*, ont été nommés : *Présidents d'honneur* : M. le Dr A. FOREL (de Lausanne) ; — M. le Dr Th. Roussel (sénateur, Paris). — Président : M. le Dr PUY-LE-BLANC (de Royat). — Secrétaire : M. le Dr Edgard Bérillon (de Paris).

Le jeudi soir 29 mars, à 9 heures, il y a eu réception par la municipalité des membres du Congrès à l'Hôtel-de-Ville. Des fêtes nombreuses ont eu lieu les jours suivants. — De très intéressantes excursions ont été organisées aux environs d'Oran et même jusque dans le désert africain. Les membres du Congrès qui ont voulu profiter de leur séjour en Algérie, ont pu à loisir se rendre compte de l'importance de notre belle colonie. MARCEL BAUDOUIN.

Conférences de pathologie interne.

M. RAYMOND, chargé des conférences de *pathologie interne* pendant le semestre d'été, a commencé son cours le lundi 19 mars à 4 heures, dans le petit amphithéâtre par une vue d'ensemble et un exposé historique de la question si intéressante et si controversée des amyotrophies.

Après avoir rendu à MM. Charcot, Duchenne et Vulpian la juste et grande part qui leur revient dans l'étude clinique et anatomo-pathologique des diverses myopathies, il a déclaré qu'il aurait surtout pour but non pas de chercher à créer des divisions nouvelles, mais bien au contraire de rapprocher les unes des autres les diverses formes décrites tant en France qu'en Allemagne et de montrer, suivant en ceci l'exemple du professeur Charcot et de ses élèves, qu'il s'agit le plus souvent bien plus de variétés d'une même forme que de formes différentes. Il se bornera à étudier dans ses conférences les *atrophies musculaires et les scléroses de la moelle.*

M. Raymond qui, en dehors de sa compétence spéciale en neuropathologie, a la parole claire et facile, est certainement destiné à conserver jusqu'à la fin de ses leçons les auditeurs qui sont venus applaudir son cours d'ouverture. A. F.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — M. ROLLAND, bachelier ès sciences, est nommé préparateur de chimie à ladite Ecole, en remplacement de M. Hanoun, démissionnaire.

REVUE PHILOSOPHIQUE. — Sommaire du n° d'avril 1888 (13e année). Janet (Paul). — Introduction à la science philosophique. I. La philosophie est-elle une science ? — Dunan. — L'espace visuel et l'espace tactile. — II. Observations sur des aveugles. — Ch. Richet. — Les réflexes psychiques (2e article). — *Analyses et comptes rendus.* — *Revue des périodiques.* — *Société de psychologie physiologique.* — *Abonnements:* Un an, Paris, 30 fr.; départements et étranger 33 fr. La livraison, 3 fr.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — CONGRÈS D'ORAN (17e session).

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

Séance du 30 *mars* 1888 (vendredi matin). — PRÉSIDENCE DE M. GRASSET.

1. — M. le Dr RAVEL (du Tlélat) lit une note humoristique sur la *misérite*.

2. — M. le Dr MOHAMMED BEN NEKKACH (d'Inkermann) lit un travail sur le *traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer et le lait* Il a traité par le perchlorure de fer et le lait (médication d'Aubrun) 21 diphthériques, dès le début de la maladie. Chez tous les malades guéris, le perchlorure de fer a été administré à la dose de 25 à 30 gouttes par jour dans un verre d'eau, et la quantité de lait ingéré a été d'un litre. Comme adjuvant de cette médication, il emploie les vomitifs. Sur tous les malades traités ainsi, il a vu la diphthérie s'arrêter.

M. le Dr GIBERT (de Paris) ne partage pas l'enthousiasme de certains médecins pour le traitement préconisé ci-dessus. Evidemment, dans certains cas, on a noté des résultats heureux; mais on doit être très sceptique au sujet de l'action locale du perchlorure de fer dans la diphthérie.

3.— Dr Mme GACHES-SARRAUTE (de Paris) fait une communication sur la valeur du *curage antiseptique de l'utérus* comme moyen curatif de l'*endométrite chronique*. L'auteur donne un résumé succinct de sa pratique médicale en gynécologie, et signale 17 observations de curetage. Mme G. Sarraute insiste sur l'antisepsie rigoureuse à laquelle il faut constamment avoir recours. Elle montre ensuite le rôle des affections utérines qui peuvent se transformer, au bout de plus ou moins de temps, en un cancer de l'utérus et qui peuvent retentir parfois sur les autres organes de l'économie.

M. GRASSET (de Montpellier) se demande si les accidents qu'on observe chez les femmes atteintes de métrite chronique ne sont pas plutôt de nature nerveuse ; si une femme, souffrant d'endométrite, présente des accidents laryngés, et si ces accidents disparaissent après le curetage, il ne s'en suit pas forcément que ces troubles soient sous la dépendance de la lésion utérine.

4. — M. MILLIOT (de Bugeaud, Algérie) fait une communication intitulée : *Six années de médecine de colonisation à Bugeaud* (Algérie). La circonscription médicale de Bugeaud créée en 1851 et d'Herbillon créée en 1870 est une des plus saines de l'Algérie, grâce à son altitude et à son voisinage de la mer. La statistique médicale démontre que certaines maladies essentiellement funestes par leur caractère épidémique, telles que fièvre typhoïde, croup, diphthérie y sont jusqu'à nouvel ordre inconnus. En raison de sa salubrité, Bugeaud est devenu depuis quelque temps le rendez-vous de beaucoup de malades algériens, notamment des impaludés. L'organisation de la médecine de colonisation est loin d'être une œuvre achevée, et l'administration devra y apporter encore bien des perfectionnements.

5. — M. le Dr GAUCHER présente au nom de M. le Dr BERTHERAND (d'Alger) une *liste de médicaments nouveaux introduits dans la matière médicale depuis* 1859 *et provenant des produits du sol algérien*.

6. — M. le Dr ROGÉE (de Saint-Jean-d'Angély) parle du *traitement de l'empyème à l'aide d'une canule à soupapes*. L'opération de l'empyème laisse après elle, dans les cas heureux, un moignon de poumon, petit, atrophié, impropre à la respiration, ou une fistule pleurale qui ne guérit que par l'opération d'Estlander, et dans l'un ou l'autre cas, une impotence fonctionnelle absolue. M. Rogée présente aujourd'hui l'appareil qui lui a servi dans deux cas, dont un est déjà publié pour obtenir la guérison de l'empyème. L'appareil a été déjà décrit dans la *Gaz. Hebd.* en 1882 ; c'est une canule à soupapes. L'action des soupapes est complexe. L'instrument a pour but de faire dilater le poumon revenu sur lui-même, en tirant parti des effets de toux du malade. En effet, à chaque expectoration saccadée qui constitue la toux, le liquide enfermé dans un espace rétrécissable, constitué par le poumon rempli d'air et fermé par la glotte et la paroi centrale et diaphragmatique qui le comprime, tend à s'échapper et s'échappe, en effet, tandis qu'à l'inspiration suivante le poumon se dilate sous la poussée de l'air pour combler l'espace laissé libre par l'issue du liquide.

M. HUBLÉ. — La guérison doit se faire longtemps attendre quand on emploie ce procédé. — M. MILLIOT pense qu'il est inutile de rendre aussi complexe le traitement de la pleurésie purulente.

8. — M. le Dr MONDOT (d'Oran) expose la façon dont se pratique en Algérie la *circoncision israélite*. Il montre les instruments dont se servent les rabbins. Après la première incision qui produit une section de la peau, inférieure à celle de la muqueuse du prépuce, les rabbins déchirent cette muqueuse sur la ligne médiane et la rabattent sur la verge comme un col de chemise. Le pansement se compose ordinairement d'une bandelette imbibée de styrax et de miel ; il est appliqué et laissé en place pendant 6 à 7 jours. M. Mondot n'a jamais vu de cas d'inoculation de syphilis à l'enfant, reconnaissant pour origine la succion du prépuce après l'opération par le rabbin. Jamais il n'a noté d'accidents à la suite de cette intervention (pas d'hémorrhagies, etc.). Il insiste sur l'originalité du manuel opératoire.

M. SEGUY (d'Oran) fait remarquer que si les hémorrhagies ne sont pas fréquentes, ce n'est pas étonnant, le pansement consécutif étant très compressif. Il n'a jamais observé d'accidents à la suite de la circoncision israélite. Il est fort difficile de savoir si les jeunes juifs ont la syphilis, car presque tous présentent des lésions scrofuleuses, très faciles à confondre avec la manifestation syphilitique.

M. MILLIOT. — Jamais on ne pourra savoir si un enfant juif a pu être inoculé par un rabbin, car jamais les juifs ne viendront consulter un médecin pour des accidents pouvant être dus à cette cause.

M. le Dr PAUL LOYE (de Paris) fait une communication sur le *mécanisme de la mort par la décapitation*. La décapitation est très simple, très uniforme dans son mode opératoire. La décollation devrait donc amener la mort par un mécanisme toujours semblable. En réalité, il n'en est rien. Il y a des différences considérables suivant qu'il s'agit d'un animal, un chien par exemple, ou d'un homme.

Chez le chien, on constate des mouvements très étendus, des convulsions générales, dans la tête comme dans le tronc. Chez l'homme au contraire c'est la mort calme, sans convulsion, sans mouvements. La physionomie reste tranquille, le corps immobile.

A quoi tient cette différence ? Chez le chien, la mort survient avec des mouvements asphyxiques, car il y a toutes les conditions de l'asphyxie réalisée. Chez le chien décapité se montrent, en effet, des convulsions analogues à celles qui se manifestent chez le chien asphyxié. Chez l'homme intervient un autre facteur, l'irritation du système nerveux qui amène la mort par arrêt, par inhibition. Sous cette influence, il y a suspension, abolition immédiate du pouvoir réflexe et du pouvoir automoteur de la moelle. Ce pouvoir automoteur aboli, l'action du sang asphyxique ne peut plus s'exercer et il n'y a pas de convulsions. Cette étude de la décapitation comparée chez le chien et chez l'homme donne ainsi deux exemples très-nets des deux formes de mort rapide aujourd'hui connus.

M. VINCENT se demande pourquoi la mort varie suivant les espèces, chez le chien et chez l'homme. — M. MOREAU (d'Alger) pense que la différence dans l'état mental de l'homme et du chien a une importance notable pour l'explication du mécanisme de la mort. L'homme, quand il va être décapité, s'attend à ce qu'on va lui faire, pour le chien il n'en est pas de même. — M. LOYE montre que cette objection n'a pas une grande valeur. — M. GRASSET insiste sur l'intérêt des études expérimentales faites par M. Loye. Il n'est pas absolument convaincu de la valeur de la théorie de l'inhibition, mise en avant par Brown-Séquard ; il ne nie pas les faits, mais en discute l'interprétation.

10. — M. GRASSET (de Montpellier) communique un travail de son chef de clinique, M. SARDA *sur l'antipyrine et l'acétanilide comme médicaments nervins ; Comparaison avec la solanine*. — Cette étude repose sur plus de cent trente observations. Elle a pour but de montrer les différences d'action de

l'antipyrine et de l'acétanilide d'une part, de la solanine d'autre part. Comme médicaments nervins, les deux premières substances sont d'excellents analgésiques ; elles n'ont pas une action absolument parallèle ; l'*antipyrine* s'adresse plus utilement au *rhumatisme articulaire aigu*, à la *migraine*, aux *névralgies de date récente* ; dans tous ces cas, la supériorité de l'antipyrine est incontestable. Il en est de même pour les *douleurs à paroxysmes* de diverse nature. L'*acétanilide* est inférieure à l'antipyrine lorsqu'il s'agit de combattre les douleurs ci-dessus ; elle agit aussi bien que cette dernière contre les douleurs des *ataxiques*, *le rhumatisme chronique* ; dans ce dernier cas, dans les *névralgies* de *date ancienne*, la supériorité de l'acétanilide est évidente. Contre les phénomènes d'excitation motrice, *trépidation épileptoïde, réflexes exagérés, tremblements*, l'antipyrine donne des résultats le plus souvent médiocres ; elle a peu réussi contre les spasmes réflexes (*hoquet, éructation*) des *hystériques* ; elle a donné des résultats négatifs dans la *paralysie agitante*, le *tic douloureux de la face*. Dans tous ces cas, l'*acétanilide réussit mieux* sauf dans la *paralysie agitante*, où elle est sans succès. Ces deux médicaments sont très-rarement suivis d'accidents, tels que, vomissements, exanthèmes, sueurs profuses. La tolérance gastrique est plus grande pour l'acétanilide. La *solanine* est un médicament nervin très-utile toutes les fois que l'on veut obtenir une action dépressive sur le bulbe et la moelle ; elle amène la parésie pour les nerfs moteurs, l'analgésie pour les nerfs sensitifs. Inefficace dans le *rhumatisme articulaire aigu*, la solanine réussit très bien contre le *rhumatisme musculaire* ; elle agit aussi bien que l'acétanilide pour calmer les douleurs liées à l'*ulcère de* l'estomac, ainsi qu'il résulte de trois observations. Elle est bien supérieure à l'antipyrine et à l'acétanilide dans le traitement des *sciatiques anciennes* et *rebelles*, surtout en cas de *névrite*. Elle calme aussi bien que ces deux substances les douleurs des *ataxiques*. C'est surtout comme *modérateur* de l'*excitation* motrice que la *solanine* est un médicament précieux. Dans deux observations de myélite chronique, avec douleurs fulgurantes et trépidation épileptoïde, les résultats ont été très remarquablement rapides et constants. Les douleurs et la trépidation ont été supprimées. Des *tracés de trépidation* montrent bien cette influence. Dans un cas de *sclérose* en *plaques*, avec tremblement très étendu du membre supérieur gauche, les résultats ont été plus remarquables encore. Après quatre jours de traitement, le tremblement était presque nul ; il avait disparu complètement le 6e jour. Dans la *paralysie agitante*, le *tic douloureux* de la face, l'*hémiathétose post-hémiplégique*, les résultats sont moins accusés ; mais les doses ont été trop peu élevées pour qu'il soit permis de nier l'efficacité de la solanine dans ces divers cas. La légère amélioration qui s'est produite fait espérer que la solanine pourra combattre efficacement les phénomènes douloureux et moteurs de ces maladies. La dose moyenne est de 25 ou 30 centigrammes par jour. La tolérance est parfaite.

11.— M. Grasset insiste, en son nom personnel, sur la valeur thérapeutique de la *Solanine* qui n'a qu'un défaut c'est de coûter encore fort cher (18 francs le gramme). Ce médicament s'adresse surtout aux symptômes médullaires produits par la lésion des cordons latéraux ; c'est le médicament des faisceaux pyramidaux. Contre la trépidation épileptoïde notamment et contre le tremblement de la sclérose en plaques, la solanine fait merveille. Les effets ne sont peut-être pas très durables ; mais la tolérance est si complète qu'on peut revenir de temps en temps à la médication et débarrasser ainsi le malade de symptômes, souvent fort gênants.

12. — M. le Dr Poncet (de Lyon) dépose sur le bureau une note sur une *nouvelle forme d'arthropathie douloureuse*. (*Arthralgie à forme névralgique*). — Dans les anciennes arthrites suppurées, à un moment éloigné du début des accidents inflammatoires, se déclarent des douleurs très vives revenant par accès. Ces douleurs doivent être rapprochées de celles de l'ostéo-périostite à forme névralgique. C'est un vieux foyer pathologique qui provoque tout à coup des souffrances atroces. Dans ce cas, le sujet est surtout douloureux. Le pronostic est très sombre ; tous les moyens connus de traitement échouent. L'amputation est indiquée.

13. — M. Rollet (E.), interne des hôpitaux de Lyon, signale une *déformation spéciale de la main des ouvriers verriers* (main en crochet). On constate cette déformation chez presque tous les ouvriers travaillant depuis quelques années. On constate une flexion permanente de la 2e phalange sur la première. La lésion est surtout marquée à l'auriculaire. Au début, on n'observe pas les phénomènes d'atrophie musculaire et de subluxation qui plus tard rendent l'affection difficilement guérissable. Cette main en crochet est spéciale aux verriers, et n'existe pas chez les autres manouvriers. Elle est due au maniement de la canne. C'est une contracture spasmodique d'origine réflexe. La lésion est absolument différente de la rétraction de l'aponévrose palmaire. Le traitement doit être médical et prophylactique.

M. Grasset. — Il s'agit là d'un spasme fonctionnel qui arrive certainement à déterminer une névrite ; d'où l'atrophie périphérique. On doit constater probablement la réaction de dégénérescence à la main atteinte ; en tous cas, il serait intéressant de la rechercher. Les courants continus lui paraissent indiqués pour combattre le spasme et l'atrophie due à la névrite.

M. Moure (de Bordeaux). Le *mycosis de l'arrière-gorge*, peu connu jusqu'à ce jour, a été pour la première fois décrit en 1873 par Frankel (de Berlin) ; puis par Boyer, Hering, etc., qui en ont rapporté des exemples. Le travail le plus complet sur ce sujet est dû à M. le Dr Mendos Bonto (Thèse de Bordeaux, 1887). Les cas publiés jusqu'à ce jour s'élèvent à 20 environ. D'après cet exposé, il semble résulter que l'affection est rare ; mais il faut surtout attribuer ce fait à ce que la maladie n'est pas connue et que par conséquent elle passe souvent inaperçue ; pour M. Moure, au contraire, cette affection est assez fréquente. On l'observe indistinctement chez l'adulte et chez l'enfant L'étiologie est assez obscure ; elle est celle de toutes les affections chroniques non diathésiques de la cavité pharyngienne. Les symptômes fonctionnels peuvent faire absolument défaut ; ils sont habituellement ceux de la pharyngite granuleuse. A l'examen, on aperçoit sur les amygdales ou la base de la langue de petites saillies, ayant la forme de touffes saillantes, de quelques millimètres au-dessus de la muqueuse. Elles sont ou unies à leur surface, ou irrégulières, frangées, d'un blanc jaunâtre, se détachent avec assez de difficulté, à cause de la pénétration du parasite dans l'épaisseur de la muqueuse ; l'arrachement provoque un petit suintement de sang. Au point de vue de l'anatomie pathologique, les touffes blanches sont composées des éléments du *Leptothrix buccalis*, ainsi qu'il résulte d'examens faits par Fränkel, etc., et Ferré (de Bordeaux). L'inoculation et les essais de culture ont donné des résultats négatifs. Le pronostic est bénin ; le diagnostic facile quand on sait que cette affection existe. Le traitement consiste à arracher ou racler les touffes, et à cautériser le point d'implantation avec des solutions de chlorure de zinc (1/20 ou 1/30), d'acide lactique (à 1/2 ou pur) ou mieux encore avec le thermo-cautère pour les amygdales, et le galvano-cautère pour la base de la langue. Une courte discussion a suivi cette communication.

MM. Moreau et Cochez (d'Alger) font une communication intitulée : *Contribution à l'emploi de l'acide fluorhydrique dans le traitement des maladies des voies respiratoires et notamment dans la tuberculose pulmonaire*. — Sur 60 malades qu'ils ont observés, tant à l'hôpital civil qu'en ville, avec le concours de plusieurs confrères, MM. Moreau et Cochez ont eu 28 améliorations, 4 états stationnaires, 9 aggravations, 4 décès, 11 malades disparus après une ou deux séances et n'ayant pu être suivis, 4 malades atteints simplement d'asthme ou de catarrhe bronchique chronique. Ces résultats sont inférieurs à ceux obtenus par MM. Seiler et Garcin, bien que les procédés d'inhalation aient été aussi semblables que possible. Toutefois ils leur paraissent encore assez encourageants pour ne pas renoncer à ce nouveau mode de traitement : s'il n'est pas souverain, il est utile et ne leur a jamais paru nuisible. Il reste évidemment à déterminer les cas qui sont les plus aptes à en bénéficier et ceux qui ne seront que peu ou pas modifiés. — L'acide fluorhydrique paraît agir en excitant l'appétit, en modifiant la nature de la secrétion bronchique et probablement en détruisant les microbes et leurs produits infectieux dans cette sécrétion, sinon dans le tissu pulmonaire lui-même.

M. Laussedat fait remarquer que tous les médecins qui ont

essayé cette méthode n'ont pas obtenu des résultats très satisfaisants. — M. Loye croit qu'on peut se servir de ce procédé en se bornant à l'emploi d'une instrumentation très restreinte. L'action antiseptique de l'acide fluorhydrique n'est pas absolument démontrée.

M. G. Cheminade, interne à l'hôpital de Bordeaux, adresse une note sur l'*arthrite syphilitique secondaire*.

M. Lantier (de Tannay, Nièvre) adresse une note intitulée : *Phalange unguéale du petit doigt gauche chez un enfant de 7 ans 1/2, sectionnée tout près de son articulation avec la phalangine retrouvée après cinquante minutes de recherches contuse et glacée*, le 1er décembre 1887 ; *rapprochée, revivifiée et soudée sous l'action d'une liqueur antiseptique*.

M. le Dr Marty (de Mostaganem) donne une série d'observations concernant la *médecine légale (examen du cadavre d'un enfant noyé ; — étude de débris fœtaux dans une recherche médico-légale ; — un simulateur ; — un assassinat ; — un imbécille ; — tentative d'assassinat*. — La séance est levée à onze heures.

Séance du 31 *mars* 1888 (samedi matin). — Présidence de M. Grasset.

1. — M. le Dr Pauly (d'Oran) lit un mémoire sur le *climat de l'Algérie*. Les climats du littoral algérien sont créés à la fois par l'influence saharienne et par les vents régnant sur la Méditerranée, partant du Nord au Sud. Ces vents, combinés avec le froid des régions supérieures de l'atmosphère, donnent une grande humidité au littoral algérien. A l'intérieur, le climat est meilleur, car cette humidité est moindre ; il est encore moins humide sur les hauts plateaux et dans le Sahara. L'Algérie est un milieu parfaitement habitable, mais il faut y mener une vie très active, très mouvementée, la vie de propriétaire agriculteur. La phtisie peut s'améliorer sensiblement dans ce pays, mais dans les mêmes conditions de bien-être et de liberté que pour les touristes.

2. — M. Brémond, vétérinaire, lit un travail sur la *résistance du bétail algérien à certaines affections contagieuses*. Les bovidés et les ovidés offrent une immunité relative par rapport aux affections contagieuses. Les bovidés sont réfractaires, du moins généralement au charbon symptomatique. Les moutons algériens ont la même propriété à l'égard du virus charbonneux. Cette immunité ne tient nullement à l'atténuation du virus dans nos pays, mais à une réceptivité moindre de l'organisme.

M. le Pr Verneuil, à propos de l'importante communication de M. Brémond, se demande s'il ne serait pas possible de rechercher si l'immunité pour les maladies contagieuses ne peut pas être *héréditaire*. On doit être bien placé en Algérie pour tenter des expériences en ce sens. Il suffirait de choisir deux générateurs, ayant eu tous les deux la même maladie contagieuse, et d'expérimenter sur leurs produits pendant plusieurs générations successives. M. Verneuil croit qu'il serait facile sur les animaux de contrôler l'exactitude de certaines hypothèses se rapportant à la question du microbisme latent. Etant donné un animal vacciné du charbon, ne pourrait-on pas par un procédé quelconque déterminer l'apparition de certaines lésions, où on retrouverait l'intervention du microbe resté jusque-là latent.

M. Seguy (d'Oran). La résistance du bétail algérien aux maladies contagieuses est connue ; puisque M. Brémond pense que l'immunité disparaît quand le bétail se rapproche du littoral et va en France, on pourrait faire l'expérience inverse et étudier la façon dont se comporteraient des moutons de France importés en Algérie.

M. Brémond répond à M. Seguy qu'il est fort difficile, pour des raisons matérielles, de faire ce qu'il indique.

3. — M. le Pr Verneuil lit au nom de M. le Dr Nepveu (de Paris) une note sur *quelques formes cellulaires spéciales, cellules à prolongements multiples et cellules conjuguées dans l'épithélioma et le cancer*. Dans les épithéliomas profonds, on peut trouver des cellules épithéliales à prolongements ramifiés et multiples comme les cellules nerveuses multipolaires. Ces prolongements unissent des cellules épithéliales entre elles. Ces cellules dites conjuguées sont formées tantôt par de jeunes cellules attenant à une vieille, bien développées, tantôt par des cellules bien développées et réunies entre elles. Dans quelques cas il semble que ces cellules épithéliales étaient unies à des cellules fusiformes, mais aplaties, analogues à certaines cellules du tissu conjonctif.

4. — M. le Dr Laussedat (de Royat) lit un mémoire sur la *tuberculisation des indigènes par les étrangers dans les stations hivernales*. Les tuberculeux qui étaient très rares il y a 25 ans à Cannes sont actuellement très nombreux dans la population fixe et surtout chez les enfants et les jeunes gens sans qu'on trouve d'hérédité. Les causes tiennent d'une part aux mauvaises mœurs provoquées par le contact de la richesse, à la dissémination des bacilles apportés par les étrangers phthisiques, à la saleté des habitants. M. Laussedat demande qu'on veuille bien contrôler ces faits à Hyères, Pau, Amélie, Alger, etc., enseigner la propreté dans les Ecoles, enfin conseiller et surveiller la destruction des objets mobiliers et de créer des étuves attenantes aux blanchisseries.

5. — M. le Dr P. Loye communique en collaboration avec M. le Dr Brouardel le résultat des *recherches expérimentales* qu'ils ont faites pour élucider la question de la *submersion*. La submersion brusque, telle qu'elle se produit chez les individus, jetés à l'eau et mis dans l'impossibilité de respirer à la surface, présente plusieurs phases : 1° Inspirations profondes 10 secondes) ; — 2° Résistance à la respiration et à l'entrée de l'eau dans les voies aériennes (1 minute) ; — 3° Réapparition des grands mouvements respiratoires (1 minute) ; — 4° Retour de 3 ou 4 respirations qui sont les dernières. Du côté de la circulation, il y a élévation de la pression sanguine au moment de l'immersion avec diminution du nombre des battements du cœur et une amplitude très notablement augmentée de ces battements qui restent rares et énergiques jusqu'à la mort. La pression s'abaisse peu à peu ; elle se relève avant le dernier soupir pour arriver bientôt à zéro. Le cœur continue à battre quelquefois pendant une vingtaine de minutes, mais ces battements sont inefficaces. La submersion de chiens trachéotomisés montre que la période de résistance est de même durée que chez les chiens normaux ; cette résistance n'est donc pas due à la fermeture de la glotte, mais bien au jeu des muscles respiratoires mis en action par l'irritation du nerf laryngé supérieur.

6. — M. le Dr Rogée emploie le *biiodure de mercure* pour panser les plaies. Cette substance ne les irrite pas et est un antiseptique beaucoup plus puissant que l'acide phénique. Elle n'a pas d'odeur et sa solution alcoolique à 1 gr. pour 300 est miscible en toutes proportions avec de l'eau chaude. Le pansement de Lister est coûteux, impossible souvent à appliquer dans la clientèle civile à la campagne ; celui au biiodure de mercure pourrait le remplacer. Depuis 1885, M. Rogée emploie cet agent avec un pansement ouaté ; il a pratiqué 108 opérations dont 32 grandes en utilisant ce médicament.

7. — M. le Dr P. Loye communique en collaboration avec M. le Dr Dastre le résultat des recherches qu'ils ont faites sur les *injections intra-veineuses d'eau salée*. Si l'on injecte dans les veines d'un lapin de l'eau salée renfermant 7 gr. pour 1000 de chlorure de sodium, on peut faire passer dans l'appareil circulatoire une quantité de liquide presque indéfinie, égale, supérieure même au poids de l'animal. L'essentiel est de faire l'injection avec une vitesse donnée qui ne doit pas dépasser 2 gr. par minute et par kilogr. à 39° environ. Dans ces conditions, il existe certainement dans l'organisme un appareil régulateur de la quantité d'eau du sang. En effet, dès que chez un lapin de 3 kilogr. on a injecté dans la veine 300 gr. d'eau salée, on voit l'animal uriner ; puis au fur et à mesure qu'on pousse l'injection l'animal continue à uriner en laissant dans son appareil circulatoire à peu près toujours la même quantité de 300 gr. d'eau salée. Il y a de ce fait parallélisme presque régulier entre la ligne correspondant à l'injection d'eau salée et la ligne indiquant l'émission d'urine. On peut ainsi faire passer dans le système circulatoire une quantité d'eau indéfinie. L'organisme ressemble alors à un vrai tonneau des Danaïdes. Les reins examinés n'ont présenté aucune lésion, d'ailleurs leur étude histologique très approfondie sera faite ultérieurement.

M. Grasset montre l'intérêt clinique de ces expériences. Il en rapproche la nouvelle méthode de traitement de l'ictère catarrhal par les lavements froids, car on fait ainsi une sorte

de lavage du sang. — M. MONDOT (d'Oran) croit qu'il serait intéressant de répéter les mêmes expériences avec des eaux minérales diverses. — M. VERNEUIL est convaincu que ces recherches, très originales du moins en ce qui concerne une partie de ce que vient d'exposer M. Loye, pourront un jour expliquer pourquoi les eaux minérales agissent d'une façon différente suivant les doses absorbées.

8.— M. MOREAU (d'Alger) lit au nom de M. le Dr TOLARD (d'Alger), deux mémoires d'anatomie : 1° *Les méninges rachidiennes dans le canal sacré et le filum terminale.* Le cul-de-sac dure-méral et arachnoïdien ne se termine pas à la fin du canal sacré ; il s'arrête à la 2e vertèbre sacrée. Plus bas le canal sacré est rempli par les branches nerveuses munies de leur gaîne dure-mérale et par du tissu graisseux intercalaire. Les ganglions de ces nerfs sont situés dans le canal même et ne sont pas intervertébraux. Quant au filum terminal, il représente pour M. Trolard le tronc commun des 2 dernières paires sacrées ; il se bifurque pour fournir ces branches nerveuses. Cependant parfois il ne fournit que la sixième sacrée, au lieu de la 5e et de la 6e ; parfois il présente une autre constitution, mais analogue à celle indiquée ci dessus.

2° *Lacs sanguins de la dure-mère.* M. Trolard appelle l'attention sur la disposition des veines qui aboutissent au sinus longitudinal supérieur. Les petites veines, surtout les antérieures, vont se jeter indirectement ou d'avant en arrière dans les sinus. Les grosses (2 ou 3), vont communiquer avec le sinus d'arrière en avant et constituent les troncs des *veines anatomiques* mettant en communication le sinus longitudinal supérieur et le sinus pétreux supérieur et le sinus latéral; destinées à suppléer le grand sinus, ces veines ne pouvaient avoir que la direction de ce dernier. MARCEL BAUDOUIN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 avril 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD

Election de deux membres associés nationaux. Première élection. Votants, 39. Majorité, 20. M. COZE (de Nancy) est élu par 26 voix, contre M. Villemin (de Vichy), 7; M. Pénard (de Versailles), 3; M. Burdel (de Vierzon), 3. *Deuxième élection.* Votants : 41. Majorité, 21. Au premier tour, M. Burdel obtient 17 voix; M. Villemin, 12 ; M. Raimbert (de Châteaudun), 6; M. Pénard, 3; M. Teissier (de Lyon), 3. Au deuxième tour: Votants: 43 Majorité: 22. M. BURDEL est élu par 40 voix contre M. Villemin, 9; M. Teissier, 2; M. Raimbert, 1; bulletin blanc, 1.

M. LAYET (de Bordeaux) fait une communication sur l'*importance de la vaccination animale et les caractères de l'éruption bovine qui constitue le cowpox dit spontané.* Depuis 1881, le service municipal de la vaccine à Bordeaux a pratiqué 60.000 vaccinations ou revaccinations. La moyenne des succès obtenus dans une première vaccination est de 95 0/0 ; les insuccès, soumis à une seconde tentative d'inoculation, fournissent une moyenne générale de 80 0/0 de succès nouveaux; une troisième tentative donne encore 80 0/0 de succès. Le vaccin de génisse est à son minimum de virulence active le cinquième jour de son évolution ; il peut diminuer en activité suivant la saison, suivant le terrain de culture et suivant le degré d'évolution. Le mode de procéder le plus sûr consiste dans la vaccination directe de génisse à bras. Le vaccin animal conservé n'offre aucune garantie absolue de succès. L'avenir de la vaccination animale, et par suite de la prophylaxie de la variole, est dans la généralisation des inoculations de génisse à bras. Depuis la fondation du service municipal de la vaccine à Bordeaux, aucun cas de décès par variole n'a été constaté chez les enfants vaccinés avec du vaccin de génisse. Il est toujours loisible de recourir à une nouvelle source de vaccin originel.

M. FRÉMONT (de Vichy) fait une communication sur les *micro organismes contenus dans les sources minérales de Vichy.* La présence, de microcoques et de bacilles dans les diverses sources de Vichy, expliquerait peut-être les propriétés thérapeutiques variées de ces sources, dont la composition chimique est presque la même.

M. APOSTOLI fait une communication sur la *galvanisation en gynécologie, sur l'utilité et l'innocuité des hautes intensités,* et réfute la note que M. Danion a lue sur ce sujet dans la séance du 10 janvier.

Suite de la discussion sur la prophylaxie publique de la syphilis. — L'Académie adopte les articles suivants : *Article* 24 : assurer la rigoureuse exécution des règlements militaires, notamment en ce qui concerne les visites de santé, la recherche des foyers de contagion, l'abandon de toute mesure disciplinaire à l'égard des soldats affectés de maladies vénériennes. *Article* 25 : s'efforcer à combattre les progrès incessants de la prostitution clandestine en éclairant les soldats sur les dangers de cette prostitution spéciale et réclamer le concours des autorités civiles pour l'assainissement de certains foyers de contamination, soit dans les villes (débits de vins), soit aux alentours des camps. *Article* 26 : assurer aux soldats syphilitiques, dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la possibilité de continuer à leur corps et sous la direction du médecin de leur régiment le traitement ultérieur nécessaire à leur guérison. *Article* 27 : en ce qui concerne la marine, il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre une visite médicale de l'équipage fut faite avant l'arrivée dans chaque port, toutes les fois que la durée de la traversée rendra cette mesure nécessaire, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés.

Article 28 : il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, afin de prévenir la contamination que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâchement ou de débarquement, et que les filles reconnues malades soient traitées à l'hôpital jusqu'à guérison complète des accidents transmissibles.

M. MAZAMBAT lit un mémoire sur l'*alcoolisme et la criminalité.* Il s'agit d'un travail statistique portant sur 2.950 individus, dont les antécédents alcooliques sont incontestables. Aussi M. Mazambat voudrait restreindre la liberté du commerce des débitants.

M. ALBERT ROBIN lit plusieurs *rapports* sur les Eaux minérales, dont les conclusions sont successivement mises aux voix et adoptées. A. JOSIAS.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. DESPRÈS, à propos d'une observation d'oblitération opératoire d'une fistule consécutive à un kyste du maxillaire supérieur, rappelle que Demarquay a pratiqué la même opération que M. Quénu ; il obtint la fermeture du trajet fistuleux, mais bientôt apparut un ozène extrêmement fétide et le malade demanda qu'on lui rouvrit son sinus maxillaire. M. Desprès vit ce malade et lui fit porter un petit appareil destiné à combattre la tendance à la fermeture de la fistule.

M. QUÉNU fait remarquer qu'il n'a pas eu affaire à un abcès du sinus. Avant d'oblitérer par un procédé autoplastique la fistule de sa malade, il s'est assuré, pendant quatre mois, qu'elle ne donnait passage à aucun liquide; aussi croit-il la guérison définitive.

M. CHAUVEL lit un rapport sur une observation de M. Du Cazal concernant un cas de plaie du larynx de cause inconnue ayant amené une mort rapide par œdème glottique.

M. DESPRES pense que la plaie est due à l'ouverture d'un abcès dans le larynx. — M. CHAUVEL ne peut admettre cette opinion étant donnée la rapidité d'évolution des accidents.

M. BERGER fait une communication à propos d'une malade à laquelle il a pratiqué la laparotomie pour plaie pénétrante de l'abdomen. Il s'agit d'une femme de 45 ans qui reçut un coup de couteau au-dessus et à gauche de l'ombilic. M. Berger la vit environ 12 heures après l'accident, elle était très faible, anémiée, froide, dans un demi-collapsus ; elle avait du hoquet et des vomituritions : son abdomen très distendu renfermait

évidemment un épanchement sanguin considérable. La laparotomie fut de suite décidée et faite avec l'aide de MM. Perier et Peyrot. Dès que l'abdomen fut ouvert, un litre et demi de sang environ s'en écoula. Ce sang provenait de la blessure d'un vaisseau, situé à l'union du mésentère avec le mésocœcum. En haut, près du duodénum, une anse intestinale était traversée de part en part ; elle n'avait pourtant pas donné issue aux matières fécales bien que la malade fût en pleine digestion, ce qu'attestait la coloration blanche des chylifères. Ces plaies intestinales étaient, en effet, obstruées par une saillie de la muqueuse entre leurs lèvres : il y avait un véritable bouchon muqueux ainsi formé. Malgré tout, M. Berger sutura ces plaies ainsi que trois autres siégeant sur le mésentère. Il constata, chemin faisant, un thrombus chyleux au niveau d'une de ces dernières. L'abdomen fut refermé et la malade mourut le soir même. Son autopsie fut faite à la Morgue par MM. Vibert et Berger. Ils constatèrent l'arrêt complet de l'hémorrhagie et l'absence de matières dans le péritoine; pourtant une double plaie de l'estomac et une plaie du mésocolon transverse n'avaient pas été vues pendant l'opération parce que l'estomac et le mésocolon refoulés en haut par le sang qui remplissait l'abdomen avaient été jugés trop loin du trajet suivi par le couteau ; celui-ci avait en effet pénétré près de l'ombilic en suivant une direction oblique en bas. Malgré cela, l'estomac était traversé de part en part au niveau de la région pylorique, mais les plaies qu'il présentait étaient fermées : celle de la paroi antérieure par suite du défaut de parallélisme de l'ouverture de la musculeuse et de celle de la muqueuse ; celle de la paroi postérieure par des néomembranes.

Il ressort donc de cette observation que des plaies de l'intestin ou de l'estomac, faites par des instruments de dimensions minimes, peuvent s'obstruer spontanément, les unes par hernie de la muqueuse à travers la plaie, les autres par glissement de la muqueuse sur la musculeuse. Cette obstruction immédiate étant possible, il faut, sauf dans les cas d'hémorrhagie, attendre pour opérer que des indications se présentent.

M. TERRIER dit que ces faits d'obstruction des plaies intestinales par la muqueuse sont bien connus, mais il ne croit pas que le bouchon muqueux soit suffisant pour empêcher toute effusion de matières. Si dans le cas de M. Berger il n'y a pas eu d'épanchement stercoral, c'est que, la malade étant dans le collapsus, à moitié morte, son tube digestif ne présentait pas de mouvements capables de faire sourdre les liquides entériques. Si la guérison n'a pas eu lieu, il faut, en grande partie, en accuser le retard que l'on a mis à transporter la malade à l'hôpital ; la laparotomie immédiate donne de nombreuses chances de succès, et M. Terrier a vu à Boston deux opérations de ce genre être suivies d'un résultat heureux, aussi il opère dès que se montrent des phénomènes anormaux de n'importe quelle nature.

M. CHAUVEL pense que l'on peut attribuer à la compression exercée par l'épanchement sanguin sur les viscères, l'absence d'issue de matières fécales. Pour lui, les plaies par armes à feu ne peuvent être assimilées aux plaies par instruments tranchants, lesquelles ne s'accompagnent pas de perte de substance.

M. RECLUS constate que l'existence d'un bouchon muqueux, mise en doute par quelques chirurgiens au Congrès dernier, est indiscutable. Ses expériences lui avaient d'ailleurs démontré d'une manière absolue l'existence de ce mode d'occlusion des plaies intestinales, qu'elles soient produites par des instruments tranchants ou par des projectiles de petit calibre. Chez les chiens, sur lesquels il a expérimenté, il a vu un tout petit abcès se former au niveau de l'exstrophie de la muqueuse et amener la production, par l'irritation qu'il produisait, d'adhérences néomembraneuses de la séreuse. Les animaux sacrifiés au bout de quinze jours étaient si bien guéris que l'on avait le plus grand mal à retrouver la cicatrice de l'intestin. Quant à l'opinion de M. Terrier sur la cause de l'absence d'épanchement de matières, dans le cas de M. Berger, M. Reclus ne peut l'admettre. M. Socin a, en effet, vu un soldat guéri d'une perforation de l'estomac par balle de chassepot, bien que cet homme, bavarois, doué d'un fort appétit, eut mangé durant tout son traitement. Il mourut cinq mois après son accident, et son estomac fut trouvé complètement cicatrisé. Dans ce cas on ne peut faire remonter l'absence d'accidents péritonitiques, ni à la petite dimension du projectile, ni à une paralysie agonique du tube digestif, ni à une compression de ce dernier par un épanchement sanguin.

Chez deux malades observés par M. Reclus à l'Hôtel-Dieu, des coups de couteau ayant perforé l'estomac, ainsi que des hématémèses l'attestèrent, guérirent par la simple compression de l'abdomen avec immobilisation de l'intestin par l'opium et diète presque absolue. La pratique de M. Reclus consiste donc à n'intervenir que lors de l'apparition des accidents : aussi surveille-t-il les malades de façon à opérer dès que les moindres troubles se révèlent.

M. TERRIER croit non seulement le bouchon muqueux insuffisant pour empêcher l'effusion des matières, mais encore dangereux par sa septicité propre. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE n'admet la temporisation que si le diagnostic de plaie viscérale n'est pas établi d une manière certaine. — M. RECLUS fait remarquer que M. Championnière suit la même pratique que lui, puisque généralement c'est l'apparition d'accidents péritonéaux qui permet d'affirmer le diagnostic de plaie de l'intestin, d'ailleurs tout le monde, dit qu'on doit seulement intervenir au moment où des troubles, si légers qu'ils soient, se montrent. Si M. Championnière ne veut faire la laparotomie qu'avec la certitude de trouver une lésion viscérale, il peut toujours la pratiquer sans crainte puisque l'expérience démontre que 97 fois sur 100 l'intestin est blessé dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. Mais M. Reclus croit cette opération infiniment plus grave que dans tout autre cas, car elle nécessite une manipulation prolongée de l'intestin, ce qui ajoute encore aux dangers inhérents à toute laparatomie.

M. TRÉLAT croit, comme M. Reclus, tout le monde à peu près d'accord, la seule divergence qui existe entre les chirurgiens consiste en ce que les uns veulent laparotomiser dans tous les cas, quitte à ne pas trouver de plaies des viscères, tandis que les autres ne veulent opérer qu'au début des accidents, ceux-ci servant à affirmer le diagnostic de lésions du tube digestif. — La *discussiou* est renvoyée à la prochaine séance.

M. POLAILLON montre une malade auquel il a fait l'amputation de Chopart.

M. PRENGRUEBER présente un tibia atteint de sarcome débutant et provenant d'une amputation récemment faite par lui.

M. DELORME montre un appareil destiné à suppléer le clan de M. Horteloup pour l'opération du varicocèle.

ISCH-WALL.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE

Séance du 16 *mars* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. DUJARDIN-BEAUMETZ, vice-président. (Suite) (1).

M. VOISIN dit qu'il vient d'y avoir à Bordeaux une épidémie de fièvre typhoïde et que cette maladie provient, d'après l'opinion d'un homme éminent, de l'arrosage des légumes avec les matières de vidange.

M. PROUST répond que l'épidémie dont vient de parler M. Voisin paraît être due à l'infection par l'eau d'alimentation et non point par l'arrosage des légumes. M. Proust a lu tous les rapports concernant cette affaire et il n'y a pas vu que l'arrosage ait été en discussion.

M. OLLIVIER dit qu'en l'état actuel, les émanations de bouches d'égout sont désagréables, mais non dangereuses; il craint que lorsque le système du « du Tout à l'égout » sera généralisé, ces émanations ne deviennent nuisibles. On sait, en effet, que la fièvre typhoïde peut se propager par l'atmosphère. Il lui semble donc indispensable de trouver un moyen d'empêcher ces émanations.

M. ALPHAND répond que les craintes de M. Ollivier ne se justifieront pas, attendu que le volume d'eau sera augmenté, en même temps que la surface du champ d'épuration prendra de plus grandes dimensions. Achères n'est qu'une étape : ce n'est pas une solution.

Au lieu de 3.000 hectares dont la Ville dispose aujourd'hui,

(1) Voir *Progrès médical*, n° 13, p. 255.

la surface à irriguer sera portée à 12 ou 15,000 hectares, au fur et à mesure de la généralisation du système. La proportion des matières envoyées sur chaque hectare ne sera pas plus considérable qu'aujourd'hui.

M. SCHLŒSING croit que les proportions d'azote données par M. Alphand ne renseignent pas suffisamment : la quantité d'azote n'est pas proportionnelle à celle des matières de vidanges, car on sait que la quantité d'azote contenue dans les matières fécales est très variable; c'est surtout dans les urines que se trouve l'azote. Il faudrait connaître le nombre des chutes donnant le « Tout à l'égout » par rapport au nombre total des fosses d'aisances.

M. ALPHAND dit que ce n'est pas le tiers des fosses d'aisances; il faut ajouter à ce nombre les 26 établissements publics qui déversent directement à l'égout et, en outre, les matières qui peuvent provenir des plombs dans lesquels la population des faubourgs a la détestable habitude de jeter souvent des matières fécales.

M. SCLŒSING, laissant de côté la question des microbes, se demande si les égouts sont actuellement en état de recevoir toutes les matières de vidanges. Il rappelle que la commission des odeurs de Paris, composée notamment de MM. Wurtz, Pasteur, Brouardel, Sainte-Claire-Deville, a, après visite, répondu négativement. M. Alphand a parlé d'un système tubulaire pour renfermer les matières fécales, mais alors ce serait parfait! Il n'y aurait plus qu'à conduire 10,000 mètres cubes de matières dans une usine, les soumettre à une température de 110 à 120° qui est mortelle pour les germes et en faire ensuite ce que l'on voudrait, les conduire, par exemple, à la mer au moyen d'un canal de 40 à 50 centimètres de diamètre. C'est une solution pratique devant laquelle les ingénieurs ne peuvent reculer.

M. ROCHARD dit que M. le directeur des Travaux de Paris a répondu d'avance aux objections qui viennent d'être faites. Il a rassuré les personnes qui pourraient craindre qu'on ne jetât immédiatement dans les égouts la totalité des matières de vidanges et il a rappelé les conditions qu'il fallait d'abord remplir.

Le « Tout à l'égout » n'est possible que lorsque les maisons et les égouts s'y prêtent. Il faut que les water-closets soient pourvus d'un effet d'eau de 10 litres par jour et par personne, de siphons hydrauliques, d'un tuyau de chute de petit diamètre, qu'ils soient installés, en un mot, comme ceux des maisons anglaises. Il faut que les égouts soient étanches, qu'ils soient munis d'une cuvette parfaitement lisse, qu'ils aient une pente suffisante et la quantité d'eau nécessaire, ou des réservoirs de chasse convenables. Il faut qu'ils soient débarrassés de 80 millions de mètres cubes de sable qu'y projette le macadam.

Nos égouts ne sont pas encore partout en état de recevoir les vidanges. Il nous manque encore 174 kilom. pour compléter le réseau de 1,040 kilom. prévu par les plans de Belgrand. Une grande partie du réseau actuellement construit ne l'a pas été dans ce but et a besoin d'être refait. Nous n'avons pas la quantité d'eau de source nécessaire pour pratiquer le « Tout à l'égout. » Il faudra, nous a dit M. le directeur des Travaux de Paris, 10 ou 15 ans pour transformer la ville souterraine et, tout en marchant de front, la quantité d'eau augmentant avec la quantité de matière fécale versée, la surface des terrains d'épandage s'accroissant en même temps, on ne s'en apercevra pas.

Quant aux germes infectieux provenant des malades, ils seront soumis à la coction ou à la désinfection, et ceux qui proviendront des maisons particulières seront noyés dans de tels torrents d'eau qu'ils seront inoffensifs.

En somme, presque toutes les grandes villes de l'Europe, Londres, Berlin, Edimbourg, Bruxelles, Francfort, Hambourg, Dantzig, Breslau, Pesth, Odessa, pratiquent le « Tout à l'égout » et partout la mortalité a diminué. Les égouts de Paris reçoivent déjà une forte proportion de matières de vidanges et aucun inconvénient n'en est résulté.

M. ROCHARD croit donc qu'on peut répondre à la question posée par le Sénat, qu'il n'y a pas d'inconvénient pour la santé publique, à pratiquer le « Tout à l'égout », conformément au règlement voté par le Conseil municipal, avec toutes les garanties, toutes les restrictions qui y ont été apportées par le Conseil sous la surveillance et sous l'impulsion de M. le directeur des Travaux de Paris.

La clôture de la discussion sur la 3e question est prononcée. — Par 23 voix contre 11, *le Conseil décide que le système du « Tout à l'égout » pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal, le 28 février 1887, ne présente pas d'inconvénients pour la santé publique.*

4e QUESTION. — « Y a-t-il un système de vidange connu qui offre moins d'inconvénients pour la salubrité publique ? » — M. LE PRÉSIDENT croit que le Conseil est suffisamment éclairé sur la question. Sur la demande de M. Léon Colin, M. LE PRÉSIDENT consulte M. Alphand.

M. ALPHAND dit que s'il connaissait un meilleur système de vidange, il l'aurait adopté. M. Schlœsing, dit-il, a fait allusion à un système qui consisterait à conduire à la mer par des tuyaux de vidange absolument clos les matières une fois traitées. Sans parler de l'opposition des pêcheurs du littoral, il y a bien d'autres obstacles. Avec le canal de 0 m. 50 c. dont a parlé M. Schlœsing, on ne pourrait envoyer que les matières non diluées. A 10 litres d'eau par habitant, ce qui est nécessaire, ce n'est pas 10,000, mais 30,000 mètres cubes de matières à traiter et à transporter. Que fera-t-on de ces matières ? On les mènera à la mer : mais la résistance des intéressés sera encore plus grande que dans Seine-et-Oise ! On les traitera dans une usine : mais quelles odeurs se dégageront du traitement de ces 30,000 mètres cube d'eau chargés de matières ! Ce sera de tous côtés une protestation formidable.

M. Alphand répète que le système adopté par le Conseil municipal n'est pas exclusif. Le système tubulaire dont a parlé M. Schlœsing avait la sympathie d'une Commission d'hygiénistes, dans laquelle il n'y avait pas d'ingénieurs. On a adjoint à cette Commission MM. Rousselle et Pascal qui ont reconnu le système impraticable dans certaines conditions, notamment dans les parties très élevées de la Ville, où le vide ne pourrait se faire.

M. SCHLŒSING croit, au contraire, que ce n'est pas la production de 30 à 40 grammes de matières sèches par jour et par individu qui, dilués dans 10 litres d'eau, pourrait gêner l'écoulement dans les tubes. Ce n'est que 3 millièmes de matières solides qu'il y aurait à écouler. Cela ne saurait être un obstacle pour des ingénieurs.

Au lieu de 10 litres d'eau par personne, on peut admettre que 5 litres suffiraient. Il le sait par expérience. Il n'admet pas qu'il ne soit pas possible de conduire par une canalisation spéciale, absolument fermée, 10,000 mètres cubes de matières jusqu'à une usine où elles seraient traitées afin d'arriver, selon l'expression de M. Brouardel, à ce que les égouts ne soient que la continuation des intestins de chacun. M. Alphand s'effraie du traitement de ces matières. Mais des usines traitent jusqu'à 120 tonnes de soude par jour et elles ont à manier des eaux mères en quantités bien plus considérables que celles dont on parle en ce moment.

M. SCHLŒSING n'a parlé de la projection dans la mer que comme dernière ressource. Il croit que le Conseil doit déclarer qu'une canalisation absolument fermée avec des machines, avec des relais, etc., est bien supérieure au système proposé. A Londres, il en est ainsi ; les tuyaux de 15 centimètres qui partent de chaque maison aboutissent à des tuyaux de rues d'un diamètre plus grand, ceux-ci se raccordent au grand collecteur mais tout cela est fermé. En dehors de la ville, il est vrai, le canal est à ciel ouvert : mais alors c'est un torrent, et de pente en pente les eaux arrivent jusqu'à la Tamise. A Berlin, c'est une canalisation fermée, ce n'est pas le « Tout à l'égout. » En résumé, M. Schlœsing dit que si M. Alphand peut prendre l'engagement d'établir dans un temps donné le système tubulaire, il votera le projet proposé ; mais il n'admet pas l'établissement du « Tout à l'égout. »

M. TRÉLAT dit que le système tubulaire n'a été généralisé nulle part. Il ne croit pas possible d'établir une canalisation continue des water-closets jusqu'à l'usine, ainsi que le demandait la Commission des odeurs de Paris. Le système tubulaire d'ailleurs, est expérimenté dans un quartier de Paris : les matières sont envoyées dans une usine où elles sont traitées en partie et l'excédent en est dirigé sur Gennevilliers.

M. Schlœsing a parlé de donner 4 à 5 litres d'eau par personne. M. Trélat trouve que cette quantité est absolument insuffisante. Il est également opposé à une canalisation fermée à cause des corruptions qui peuvent s'y produire et des odeurs fétides qui s'y accumulent.

M. ROCHARD dit que la canalisation spéciale a trois inconvénients à ses yeux. Le premier, c'est qu'elle repose sur un système compliqué de pompes, de soupapes, de petits tuyaux, et il trouve dangereux, pour une grande ville, de confier sa sécurité à de pareils systèmes. — Le second, c'est qu'elle s'oppose à la propreté des cabinets d'aisances, en empêchant d'y jeter la quantité d'eau nécessaire. — La troisième, c'est qu'elle nécessite le maintien des dépotoirs, du transport des matières fécales et de leur traitement dans des usines qui sont de véritables foyers d'infection.

Après ces observations M. LE PRÉSIDENT met aux voix le § 4 du questionnaire. Par 17 voix contre 15 sur 32 votants, le Conseil répond qu'il n'y a pas de système de vidange connu qui offre moins d'inconvénients pour la salubrité publique.

L'ordre du jour appelle la discussion des amendements à l'article premier.

M. TRÉLAT donne lecture d'un amendement ainsi conçu : « Pour donner au nouveau système d'assainissement toute sa valeur, il est indispensable : « 1° D'en hâter l'application intégrale ; 2° D'augmenter dans le plus bref délai possible les « surfaces d'épandage qui sont actuellement restreintes, même « après l'adjonction des terrains d'Achères ; 3° D'amener d'urgence dans Paris les eaux potables des sources nouvellement « acquises par la Ville. Signé : Trélat, Levraud, Hétier, Michel Lévy, Proust et Ollivier. »

M. RICHE donne lecture d'un second amendement ; « La ville « de Paris devra poursuivre l'étude de l'établissement de « canalisations fermées pour l'évacution des vidanges. « Signé : «Riche, Jungfleisch, Arm. Gautier, Arm. Goubaux et « Lagneau. »

M. ARMAND GAUTIER donne lecture de l'amendement suivant : « Les surface d'épandage des eaux d'égout doivent être « telles qu'elles reçoivent au maximum 12 mille mètres cubes « d'eau par hectare et par an. Signé : Armand Gautier. » Il me suffira, dit-il, de quelques mots pour motiver cet amendement et le chiffre qu'il comporte. Ce sont les quantités d'eaux d'égout qui ont été reconnues acceptables pour les terrains très perméables des environs de Berlin et d'Edimbourg. Vouloir, les dépasser comme on le fait à Gennevilliers, serait dépasser la mesure et nous exposer à des essais dangereux. Le Conseil jugera qu'il est prudent d'accepter l'épandage avec la garantie d'une expérience déjà faite sur une large mesure.

M. GUSTAVE LAGNEAU dit que bien que la quantité d'eau à déverser doive varier suivant la nature des terrains et des cultures, il pense que, sans fixer une limite absolue, il est bon d'indiquer une quantité moyenne, si l'on veut évaluer le nombre d'hectares irrigables nécessaires pour l'emploi de la totalité des eaux d'égout de Paris. Trouvant trop forte la quantité de 50.000 mètres cubes par hectare fixée par la Commission de 1876, il avait parlé de 15.000 mètres cubes, quantité de peu supérieure à celle indiquée par M. Gautier. Il indiquait ce nombre moyen approximatif par hectare parce que en agriculture, suivant les nombreux documents recueillis par divers agronomes et par M. Ronna, on ne déverse guère que de 10.000 à 15,000 mètres cubes par hectare, au plus 28.000 mètres cubes pour certaines cultures, comme celle du raygrass.

Lorsqu'il parlait de 15.000 mètres cubes par hectare, M. Belgrand lui objecta qu'avec cette quantité, bien des récoltes mourraient de soif. Cette quantité moyenne, venant s'ajouter à l'eau de pluie, qui, annuellement, sous le climat de Paris, s'élève à une hauteur de 520 millimètres, est donc encore près de trois fois supérieure à celle de cette eau de pluie.

88.000 mètres cubes, comme à Gennevilliers, 200.000 et 240.000 mètres cubes comme dans certains essais de Reims et d'Angleterre, représentent environ 16 fois, 38 fois, 46 fois la quantité d'eau de pluie tombant annuellement. Des quantités si énormes d'eau d'égout chargée de matières organiques amènent forcément un colmatage et une inondation du sol.

Les ingénieurs qui président aux irrigations de Gennevilliers ont, d'ailleurs, quoique tardivement, reconnu qu'il était nécessaire de restreindre les quantités d'eau d'égout déversées. Ils n'en déversent plus 88.000 mètres cubes comme autrefois, mais bien 36.000 environ ; proportion encore bien élevée, motivée ou tolérée peut-être par la culture principalement maraîchère.

Depuis douze ans, depuis 1876, la ville de Paris est péniblement arrivée à irriguer 634 hectares. En fixant à 15.000, voire même à 20.000 mètres cubes par hectare, la quantité moyenne d'eau à déverser, combien de temps lui faudra-t-il pour acquérir ou obtenir les milliers d'hectares qui lui sont nécessaires pour employer en irrigation ses 100.000.000 ou 130.000.000 de mètres cubes d'eau d'égout ? Les terrains d'Achères sont insuffisants, il en faut d'autres plus étendus encore.

M. TRÉLAT dit que le Conseil est d'avis d'accroître la surface irrigable, mais qu'il ne faut pas fixer de chiffres.

M. MICHEL LÉVY ajoute que c'est une question de terrains ; les uns peuvent recevoir 40 à 50.000 mètres cubes par hectare, d'autres ne sauraient en supporter plus de 12.000.

M. CHAUTEMPS dit que l'art. 1er ayant été adopté, il n'y a pas lieu d'y revenir. Il est procédé au vote sur l'amendement présenté par M. Armand Gautier. Cet amendement est rejeté à une forte majorité. L'amendement de MM. Lagneau, Riche, etc., est ensuite adopté par 15 voix contre 10. L'amendement de MM. Trélat, Levraud, Michel Lévy, etc., est adopté à l'unanimité. Sur la demande du Conseil, M. ROCHARD veut bien se charger de présenter un rapport sur l'ensemble de la discussion. La séance est levée à cinq heures quarante minutes.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 14 mars 1888. — PRÉSIDENCE DE M. CRÉQUY.

M. ADRIAN vante les qualités d'un potage préparé à l'aide d'une cuillerée à soupe du mélange suivant :

Poudre de porc, de graisse desséchée . .	200 grammes.
Poudre de bœuf, roti dégraissé	200 —
Légumes divers pulvérisés après cuisson .	200 —
Sucre de lait	150 —
Tapioca	150 —
Dexture et malt, de chaque	50 —

La séance est levée en signe de deuil après que M. le Secrétaire général a annoncé la mort de M. MARTINEAU, membre titulaire de la Société. G. T.

CORRESPONDANCE

Du nouveau traitement des fièvres palustres par l'antipyrine.

Rio-de-Janeiro, le 8 février 1888.

Monsieur le Directeur,

Je viens de lire dans le numéro de votre intéressant journal du 7 janvier dernier, un article dans lequel son auteur, M. le Dr P.-S. Pampoukis (d'Athènes), vante les résultats qu'il a obtenus dans le traitement des fièvres paludéennes par l'emploi de l'antipyrine, soit par la voie gastrique, soit par la voie hypodermique. Il ajoute d'ailleurs que quelques autres confrères en Grèce sont arrivés à des succès pareils au moyen de ce même agent thérapeutique. Mais, à la lecture attentive de cet intéressant mémoire, on arrive tout naturellement à cette conclusion, que M. Pampoukis pense être l'initiateur de ce nouveau traitement des fièvres palustres ; il garde un silence complet sur ce que la littérature médicale française et étrangère a déjà enregistré sur ce sujet.

Aussitôt après l'introduction de l'antipyrine dans la thérapeutique par M. Filehne (d'Erlangen), je tâchai d'avoir à ma disposition de l'antipyrine de provenance allemande, et je me livrai à des essais sur l'action antithermique de cette substance sur plusieurs maladies fébriles, notamment dans le traitement de l'impaludisme aigu. Les résultats de mes premières recherches à cet égard firent le sujet de quelques leçons professées par moi à la Policlinique de Rio-de-Janeiro, vers le milieu de l'année 1885, dont le résumé fut publié dans quelques journaux de cette ville. J'y faisais remarquer le profit qu'on pouvait tirer de l'antipyrine pour le traitement des accès de fièvre malarienne.

En contrôlant mes recherches faites tout particulièrement chez des jeunes sujets, mon collègue, M. le Dr Clemente Ferreira, de Rezende (Brésil), fut bientôt témoin de pareils résultats qu'il publia dans un travail sur l'action thérapeutique de l'antipyrine à cette même année (1). En 1885, je publiais mes études sur cet agent médicamenteux qui parurent dans un ouvrage portant ce titre : *De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile*, ayant la date de 1886 (2). Or, aux pages 71, 72 et 73 de ce travail, on lit ce qui suit : « Dès le début de mes recherches cliniques à l'égard de l'action de l'antipyrine dans les maladies fébriles de l'enfance, j'ai tâché d'étudier l'influence de ce précieux agent médicamenteux dans les cas d'impaludisme aigu, graves ou bénins.

« Quelques observateurs, qui en avaient déjà fait l'essai dans des cas de fièvres intermittentes des adultes, avaient émis l'opinion que l'antipyrine, n'étant point un antipériodique, ne pouvait être utilisée pour le traitement de ces fièvres. M. Guttmann, par exemple, croit que ni l'antipyrine ni la kaïrine n'exercent d'action sur la fièvre intermittente. Tout au plus, ajoute-t-il, de fortes doses de 3 à 4 grammes, administrées plusieurs heures avant le commencement de l'accès, empêchent-elles la chaleur de s'élever aussi rapidement. » . . . . . .

. . . .

« Je suis parfaitement d'accord avec MM. Guttmann, Huchard et beaucoup d'autres cliniciens lorsqu'ils assurent que le médicament qui nous occupe n'a aucune action spécifique (que l'on me passe le mot) sur le germe producteur de l'intoxication paludéenne, aujourd'hui que je considère comme fort admissible l'hypothèse soulevée par M. Laveran : que la quinine guérit l'impaludisme en agissant directement sur les microgermes alors existants dans le sang. L'antipyrine peut bien ne point avoir une pareille propriété germicide, de manière à remplacer à elle seule la quinine, mais ce que personne ne peut en aucune façon contester, c'est la propriété que possède cette substance de soustraire la chaleur ou d'abaisser les hautes températures dans les fièvres palustres graves, avec une rapidité évidemment supérieure à celle de la quinine, en même temps que, par la diaphorèse franche qu'elle provoque, elle ouvre une porte assez large à l'élimination de l'agent toxique. »

Enfin, en amenant une défervescence plus ou moins complète, sans compromettre les forces du malade, même déjà affaibli, l'antipyrine crée une condition très favorable à l'absorption immédiate des sels de quinine. Je conviens bien que l'élévation de la chaleur n'est pas toujours un élément absolu pour juger de la gravité du mal, d'autant plus que la valeur de ce signe varie beaucoup d'après la nature même de la fièvre ; mais ce que l'on ne peut laisser d'admettre, c'est que la combustion exagérée dont l'hyperthermie est l'expression, n'engendre de graves désordres régressifs du côté des viscères, en exposant de la sorte l'organisme à un très grand danger.

. . . .

« ... Or, l'idéal de la thérapeutique de la fièvre malarique serait réalisé par un agent qui posséderait la propriété de déprimer rapidement la chaleur fébrile, en agissant simultanément sur le germe producteur de la maladie, un agent médicamenteux qui serait à la fois un antipyrétique et un germicide. Mais en attendant un tel remède, je suis arrivé au même but en employant successivement l'antipyrine et la quinine, et, je dois, le constater, les résultats obtenus dans une série déjà longue de cas chez des petits malades, a de beaucoup surpassé mon attente. Les observations suivantes détachées de mon registre clinique le démontreront, j'aime à le croire. »

Le chapitre où se trouvent les considérations ci-dessus se termine par 27 observations détaillées de fièvres palustres, dont plusieurs pernicieuses, dans lesquelles les bons effets de l'antipyrine se montrent hors de toute contestation.

A la page 132 du même travail, j'insiste encore une fois sur l'efficacité de cette substance dans la thérapeutique de l'impaludisme aigu. De plus, dans une excellente thèse de la Faculté de médecine de Paris (1), son auteur, M. Albert Montenuis, y reproduisit les conclusions de mes recherches cliniques à cet égard, en ajoutant même le résumé d'une de mes observations.

(1) *Contribution à l'étude clinique des applications thérapeutiques de l'antipyrine*. Rio-de-Janeiro, 1885. Broch. in-8° de 66 p. Lombarts et Comp., 7, rue des Ourives.

(2) Chez O. Berthier, 104, boulevard Saint-Germain.

Je me crois donc autorisé, Monsieur le Directeur, à affirmer que, bien avant les recherches de M. le Dr Pampoukis, j'avais démontré les avantages de l'emploi de l'antipyrine dans le traitement des fièvres palustres et cela dans un livre qui a mérité l'honneur d'être récompensé par l'Académie de médecine de Paris (Prix Desportes). C'est avec plaisir que je vois les essais thérapeutiques de mon honorable confrère d'Athènes venir à l'appui de mes conclusions sous ce rapport.

Vous remerciant de votre bienveillant accueil, je vous prie, M. le Directeur, d'agréer l'assurance de mes sentiments les plus distingués. Dr MONCORVO,

Professeur de clinique des maladies de l'enfance à la Policlinique de Rio-de-Janeiro.

Antipyrine et impadulisme.

Paris, 14 Mars 1888.

Monsieur le rédacteur en chef,

En publiant notre article sur le traitement des fièvres palustres par l'antipyrine, nous n'avions pas d'autre but que de faire connaître les résultats de nos expériences et de celles de nos compatriotes. Naturellement, si nous avions fait une étude complète sur l'action thérapeutique de l'antipyrine, il aurait été de notre devoir de citer la bibliographie, et avant tout la française. Malgré les études et les expériences si importantes de E. Moncorvo, l'usage de l'antipyrine contre l'impaludisme n'avait pas encore pris la place qu'il méritait. En publiant les recherches qui ont été faites en Grèce, nous avons voulu ramener la question à l'ordre du jour.

Ceci dit, que M. Moncorvo nous permette d'ajouter deux mots. Nous avons parcouru avec la plus grande attention son excellent ouvrage sur l'antipyrine. Dans toutes les observations citées, l'antipyrine a été donné tout simplement *contre la fièvre* des accès palustres *pour soustraire du calorique*. M. Moncorvo associait *toujours* l'antipyrine à la quinine, et il regarde l'antipyrine comme *adjuvant*, comme *excellent auxiliaire* de la quinine. De plus, l'auteur dit que l'antipyrine n'exerce aucune action germicide, de manière à remplacer à elle seule la quinine. Or, si on lit notre article, on verra qu'à part cette action antipyrétique, nous avons relaté des cas où l'antipyrine, prescrite *toute seule et non associée à la quinine*, a agi heureusement sur des fièvres palustres chroniques, contre lesquelles la quininine n'avait aucune influence. Par conséquent, nous pouvons avancer que l'antipyrine non seulement abaisse la température des accès pallustres, mais efface aussi les accès eux-mêmes chez des personnes où la quinine ne possède plus d'action antipaludéenne.

Que les cliniciens entreprennent des expériences ainsi dirigées ? Peut-être alors verra-t on que M. Lépine s'est pressé en affirmant dernièrement dans la *Semaine Médicale* que l'antipyrine n'agit pas contre l'impadulisme.

Veuillez agréer, etc. Dr PAMPOUKIS.

BIBLIOGRAPHIE

Leçons du mardi à la Salpêtrière de M. le professeur Charcot. — Policlinique 1887-1888. Notes de cours de MM. Blin, Charcot fils et Henri Colin, élèves du service. Paris, aux bureaux du *Progrès médical*.

On sait que sous le titre de leçons du mardi (Policlinique), quelques-uns des élèves de M. Charcot ont eu l'idée de faire paraître toutes les semaines un fascicule autographié d'une vingtaine de pages, dans lequel se trouve le résultat sténographié de l'examen des malades venus à la consultation.

Avant de parler de cette publication, nous avions attendu l'apparition de plusieurs fascicules, de façon à pouvoir mieux juger de sa nature et de son but. Actuellement l'expérience est concluante, et nous ne saurions trop recommander cet ouvrage à nos lecteurs. On aura là en effet, à la fin de l'année,

(1) *Étude clinique de la fièvre et des antipyrétiques nouveaux dans les maladies des enfants*. Paris, 1886. Chez G. Steinheil, rue Casimir-Delavigne, 2.

dans un volume de 500 pages environ, un cours complet de pathologie nerveuse, et un cours fait par M. Charcot, c'est tout dire.

Le maître ne se borne pas à étudier les formes classiques telles qu'on les trouve exposées partout, il s'attache au contraire à décrire les cas frustes, les particularités de telle ou telle maladie, dont la littérature courante ne parle pas.

Nous ferons remarquer que l'esprit de ces leçons est absolument clinique, que nous y retrouvons mot pour mot l'examen du malade tel qu'il doit être pratiqué tous les jours dans les hôpitaux. Il suffit d'ailleurs de citer le titre des principaux sujets traités jusqu'à présent pour donner immédiatement une idée de l'importance de cette publication.—Syphilis ; ataxie locomotrice progressive.—Epilepsie sensorielle; migraine ophtalmique. — Pachyméningite cervicale hypertrophique. — Claudication intermittente et diabète. — Chorée. — Lésion du nerf sciatique poplité externe.— Myopathies. —Vertige de Ménière. — Paralysie générale progressive.— Formes frustes du tabes. — Hysteria major. — Paralysie faciale. — Maladies des tics. — Mal comitial (Automatisme ambulatoire).— Goitre exopthalmique. — Paralysie alcoolique. — Maladies de Friedreich.— Paralysie faciale, et spasme glosso-labié.

VARIA

Limite d'âge des professeurs des Facultés.

« Il y a deux ans, dit la *Justice*, le gouvernement a décidé de mettre à la retraite tous les professeurs âgés de soixante-dix ans, sauf les professeurs qui sont en même temps membre de l'Institut, pour lesquels la limite d'âge, on ne sait pourquoi, a été reculée à soixante-quinze ans. Actuellement, il y a plusieurs professeurs qui devraient être mis à la retraite. M. Bourneville qui avait insisté, il y a deux ans, sur la nécessité de la limite d'âge, a demandé à M. Faye, ministre de l'Instruction publique, si le gouvernement avait modifié son opinion sur ce sujet. M. le ministre a répondu que « le gouvernement n'avait pas changé d'avis; qu'il n'y aurait d'exception pour personne, et que les mises à la retraite seraient faites au fur et à mesure que le permettrait la caisse des retraites. »

Il est indispensable que le gouvernement trouve le plus tôt possible les ressources nécessaires pour appliquer la décision qu'il a prise, au fur et à mesure que les professeurs atteignent la limite d'âge. L'intérêt de notre enseignement supérieur l'exige plus impérieusement que jamais. Il faut que l'an prochain tous nos établissements scientifiques aient leur personnel au complet et que tout ce personnel soit à son poste, remplissant scrupuleusement toutes ses obligations: C'est là un bon moyen de montrer que nous possédons encore une vigueur intellectuelle et une activité scientifique qui nous permettent de rivaliser avec des adversaires qui cherchent à nous déprécier aux yeux des autres peuples, mais ne dédaignent pas chaque jour de s'approprier des travaux d'origine essentiellement française et qui deviennent excellents aussitôt qu'ils les ont démarqués.

Puisque l'occasion s'en présente, nous rappellerons que, suivant le *Progrès médical*, la limite d'âge devrait être fixée *pour tous les* NOUVEAUX *professeurs sans exception*, à 65 ans.

Société française d'Otologie et de Laryngologie.

La *Société française d'Otologie et de Laryngologie* tiendra sa session générale le jeudi 26 avril prochain, au Palais des Sociétés savantes, rue Serpente, 28, près de la Faculté de médecine, à 8 heures du soir.

Ordre du jour: 1° Election du président. — 2° Correspondance. — 3° Situation financière. — 4° Rapport sur la demande de modification de l'article 12.

Communications : 5° Observation de cancer du larynx. Considérations sur la laryngectomie par M. Charazac (de Toulouse).— 6° Etude critique de l'épreuve de Weber ou du transfert du D.-V. (diapason-vertex) suivant l'oreille close, par M. Gellé (de Paris). — 7° Observations de névroses réflexes d'origine nasale, par M. Ruault (de Paris). — 8° Remarques sur certaines obstructions nasales, par M. Miot (de Paris). — 9° Des sténoses nasales, par M. Baratoux (de Paris). — 10° De l'épilepsie d'oreille comparée aux autres épilepsies, par M. Boucheron. — 11° Rôle de la corde du tympan dans la gustation d'après quelques observations chez l'homme, par M. Boucheron (de Paris). — 12° Contribution à l'étude des troubles laryngés chez les tabétiques, par M. Ruault.— 13° Fibrôme s'implantant sur le cornet inférieur gauche, par M. Noquet de Lille. — 14° Observation d'un cas de céphalée quotidienne datant de deux ans, guérie par la cautérisation nasale et l'ablation des masses adénoïdes, par M. Ménière (de Paris). — 15° Communications diverses, par M. Moura, etc.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 9. — (Epreuve pratique). Dissect : MM. Guyon, Rémy, Jalaguier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Delens, Brissaud ; — (2e partie) : MM. Fournier, Straus, A. Robin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie): MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Ollivier, Chauffard.

MARDI 10. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Polaillon, Poirier, Brun. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Quinquaud. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*): MM. Richet, Schwartz, Maygrier : — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Peyrot, Campenon ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Jaccoud, Ballet.

MERCREDI 11. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Trélat, Marc Sée, Segond. — 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Gautier, Guebhard. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Straus, Rémy, Hanriot. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*): MM. Budin, Delens, Kirmisson ; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Reclus. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Raymond, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Potain, Landouzy, A. Robin ; — (2e *Série*) : MM. Fournier, Joffroy, Déjerine.

JEUDI 12. — (Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Richet, Duplay, Schartz. — 2e *de Doctorat*, oral (2e dartie) : MM. Polaillon, Peyrot, Poirier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Joffroy, Hanot. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Brouardel, Bouchard, Ballet ; — (2e *Série*) : MM. G. Sée, Peter, Hutinel.

VENDREDI 13. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Marc Sée, Reclus, Rémy. — 1er *de Doctorat* : MM. Regnauld, Baillon, Hanriot. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Straus, Ollivier, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Pinard, Segond ; — (2e *Série*) : MM. Ribemont-Dessaignes, Delens, Kirmisson ; — (2e partie) : MM, Potain, Fournier, A. Robin.

SAMEDI 14. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Richet, Poirier, Campenon. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Peyrot, Schwartz ; — (2e partie) : MM. Bouchard, Ball, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Polaillon, Bouilly ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Brun, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Peter, Dieulafoy, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 12. — M. Leca. Lésions secondaires au cours du cancer de l'utérus. — M. Dassieu. Infection pneumonique. — M. Simon. Des troubles fonctionnels consécutifs aux fractures de la rotule. — M. Faneau. Du secret professionnel en médecine mentale. — *Vendredi* 13. — M. Vilon. De la phlébite post-puerpérale. — M. Auclert. Etude physiologique et thérapeutique sur le dinitrate de chrysonéline — M. Junin. De l'étiologie héréditaire de la paralysie faciale dite *à frigore*. — M. Guemes. De l'hémato-salpingite. — M. Odriozola. Lésions du cœur consécutives à l'athérome des coronaires. — M. Sappovitch. Contribution à l'étude de la pneumonie catarrhale.

Enseignement médical libre.

CONFÉRENCES PRATIQUES D'EMBRYOGÉNIE.— M. le Dr DARESTE, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogenie normale et tératologique, le mardi 10 avril, à 4 heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure, au laboratoire de tératologie (bâtiment du musée Dupuytren).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 25 mars 1888 au samedi 31 mars 1888, les naissances ont été au nombre de 1140, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 539 ; illégitimes, 197. Total. 736. — *Sexe féminin :* légitimes, 516 ; illégitimes, 188. Total, 704.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du diman-

che 25 mars 1887 au samedi 31 mars 1888, les décès ont été au nombre de 1120, savoir : 578 hommes et 542 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 3, F. 6. T. 9. — Variole : M. 2, F. 2, T. 4. — Rougeole : M. 5, F. 6. T. 11. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 9. T. 11. — Diphthérie, Croup : M. 22 F. 24, T. 48. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 138, F. 80. T. 218. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 18, T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 14. T. 33. — Méningite simple : M. 11, F. 16. T. 27. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 27, F. 36. T. 63. — Paralysie : M. 2, F. 3. T. 5. — Ramollissement cérébral : M. 7, F. 10. T. 17. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 41. T. 75. — Bronchite aiguë : M. 16, F. 22 T. 38. — Bronchite chronique : M. 27, F. 24. T. 51. — Broncho-Pneumonie : M. 14, F. 15. T. 29. — Pneumonie M. 43, F. 42. T. 84. — Gastro-entérite, biberon : M. 25, F. 17. T. 42. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 6. T. 15 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 2. T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 9. F. 9, T. 18. — Sénilité : M. 17, F. 20. T. 37. — Suicides : M. 18, F. 4 T. 22. — Autres morts violentes : M. 8. F. 6. T. 14. — Autres causes de mort : M. 125 F. 71. T. 196. — Causes restées inconnues : M. 3 F. 5. T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 93, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 47, illégitimes, 7. Total : 54. — *Sexe féminin* : légitimes, 23; illégitimes, 16. Total : 39.

Facultés des sciences de Paris. — M. Salet, docteur ès-sciences, maître de conférences à ladite Faculté, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, d'un cours complémentaire de chimie organique.

Faculté des sciences de Bordeaux. — M. Fallot, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et minéralogie à ladite Faculté.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux. — M. Puech, docteur en médecine, est maintenu, jusqu'au 31 octobre 1888, dans les fonctions de chef de clinique ophtalmologique à ladite Faculté.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Curtis, docteur en médecine, est nommé, pour une période de trois ans, à partir du 1er avril 1888, chef de clinique médicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Colas, dont le temps d'exercice est expiré.

Faculté des sciences de Toulouse. — M. Pée-Laby, licencié ès sciences physiques et ès sciences naturelles, est nommé préparateur de botanique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ferrand, décédé.

Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 29 mars 1888, des concours s'ouvriront devant la Faculté de médecine de Bordeaux pour des emplois de suppléants à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont : le 5 novembre 1888 pour l'emploi de suppléant des chaires de physique et de chimie ; — le 9 novembre 1888 pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale ; — le 14 novembre 1888 pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes. Les registres d'inscriptions seront clos un mois avant l'ouverture desdits concours.

École de médecine et de pharmacie de Marseille. — Par arrêté du ministre de l'instruction publique, des cultes et des beaux-arts, en date du 29 mars 1888, un concours s'ouvrira, le 5 nov. 1888, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour un emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique externes et de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille. Le registre d'inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Grimail, licencié ès sciences physiques, est nommé préparateur de chimie à ladite Ecole, en remplacement de M. Blachas, démissionnaire.

Ecole de médecine et de pharmacie de Reims. — M. Doyen, chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, d'un cours de pathologie externe et médecine opératoire.

Legs. — Le Dr Bernutz a légué la somme de cent mille francs à l'hôpital *civil* de Sedan à la condition expresse que l'hôpital sera toujours desservi par des *religieuses*. On ne peut que féliciter M. Bernutz de sa générosité. Mais pourquoi ne pas se borner à faire du bien aux malheureux sans condition, sans engager les générations futures ? Nous recommandons aux personnes généreuses de lire, avant de faire leur testament, le remarquable article de Diderot sur les *Fondations*.

Ministre de l'instruction publique. — M. Lockroy vient d'être nommé ministre de l'instruction publique, en remplacement de M. Faye, sénateur.

Nouveau journal. — Nous venons de recevoir le premier fascicule du « *Bolletino della Poliambulanza di Milano*. »

Nécrologie. — Le prof. Ernest Wagner, directeur de la clinique médicale de Leipsig vient de mourir. Nommé en 1856 professeur extraordinaire d'anatomie et de pathologie générale, il devint en 1852 titulaire de cette chaire et directeur de la policlinique. En 1877, il succédait à Wunderlich. Parmi ses nombreux travaux, on peut citer son *traité de pathologie générale*, en collaboration avec le prof. Uhle. — Le prof. Fedele Fedeli, directeur de la clinique méd. de Pise. — Mlle de Balsche, étudiante en médecine à l'hôpital Necker. Elle vient de mourir des suites d'un phlegmon diffus contracté à l'amphithéâtre d'anatomie. — Le Dr Rodet, médecin major au 2e étranger vient de succomber, à Oran, d'une fièvre scarlatine contractée au chevet de ses malades. — Le Dr Senelle, de Bourg-sur-Gironde. — Le Dr Piéchaud (Louis), décédé à Bordeaux à l'âge de 77 ans ; il avait rempli avec la plus grande honnêteté les fonctions de médecin du Bureau de bienfaisance de cette ville. — Il *Correio medico* de Lisbonne nous annonce la mort d'un de ses collaborateurs les plus distingués, le Dr Pedro-Adriano Van der Lan. — Le Dr Martin-Saint-Ange (Gaspard-Joseph), vient de mourir à l'âge de 85 ans. Il était né à Nice. Il a été reçu docteur à Paris en 1829. Voici la liste de quelques-uns de ses principaux travaux : *Traité élémentaire d'histoire naturelle* ; — *Recherches anatomiques et physiologiques sur les membranes du cerveau et sur le liquide cérébro-spinal* ; — *Anatomie analytique*; *circulation du sang considérée chez le fœtus de l'homme et comparativement dans les quatre classes d'animaux vertébrés* (1833) ; travail qui a remporté en 1830 le prix des sciences physiques et en 1822, celui de physiologie expérimentale. — *Mémoire sur l'organisation des cirripèdes et sur leurs rapports naturels avec les animaux articulés* (1838). M. Martin-Saint-Ange a publié un grand nombre de mémoires et d'articles sur l'*Anatomie* et la *Physiologie*, dans les *Annales des sciences naturelles*, dans la *Revue médicale*, dans le *Bulletin de la Société anatomique*, dans le *Dictionnaire d'histoire naturelle*, etc. Ses *Recherches sur la métamorphose des Batraciens* lui avaient valu en 1831, une mention honorable de l'Académie des sciences. — Le *Temps* du 4 avril nous annonce la mort subite de M. Planchon, l'éminent directeur du Jardin des Plantes de Montpellier, professeur de sciences naturelles à la Faculté de médecine, professeur de botanique à l'Ecole supérieure de pharmacie, membre correspondant de l'Académie des sciences. Il était né à Ganges en 1823. Depuis 1867, il était membre du Consistoire. C'était un savant distingué et un homme de bien ; ses travaux sur le phylloxéra, en même temps qu'ils faisaient le plus grand honneur au savant, avaient rendu son nom populaire dans toute la région du Midi, si cruellement éprouvée par la maladie de la vigne. Nous devons citer de M. Planchon les publications suivantes : *Des vignes américaines*, leur culture, leur résistance au phylloxéra et leur avenir en Europe, 1 vol. in-12 de 240 pages, 1875 ; — *Le phylloxéra* de 1854 à 1873, résumé pratique et scientifique, in-8° de 40 pages et une planche, 1873 ; — *La question phylloxérique* en 1876 ; — *Les mœurs du phylloxéra de la vigne*, 1877. Il a revu et annoté la traduction du *Catalogue des vignes américaines*, par Busch père et fils et Meisner, 1885. — Le *Boletin de medicina y cirurgica* de Madrid enregistre la mort du Dr Martinez Molina, professeur d'anatomie descriptive à la Faculté de Madrid.

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 15. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 14 AVRIL 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE CHIRURGICALE

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — M. le Pr U. TRÉLAT.

Recueillie et rédigée par le Dr Ch. H. PETIT-VENDOL, chef de clinique, et revue par le Professeur.

Guérison et formation des fentes palatines congénitales avant et après la naissance.

Messieurs,

Je vais vous entretenir aujourd'hui de faits rares et curieux qui justifieront, j'espère, le titre d'apparence paradoxale que je donne à cette leçon.

Vous voyez à côté de moi une jeune fille de 17 ans, qui a une division complète du voile du palais, de la voûte palatine, du bord alvéolaire et de la lèvre. Elle ne parle pas bien, n'ayant acquis par l'exercice aucune habileté personnelle. L'exemple n'est pas absolument ce que j'aurais voulu. Si j'avais eu le choix, je vous aurais montré un de ces nombreux cas qui ont été observés par tous les chirurgiens, et dans lesquels on voit des divisions totales permettre cependant un langage très intelligible. J'ai eu autrefois, dans mon service, un grand garçon de 18 ans, que je n'ai pas opéré à cause de l'étendue de sa division, mais qui parlait remarquablement bien avec les mêmes lésions que cette jeune fille.

(M. le professeur Trélat s'adresse à la jeune fille et lui pose diverses questions auxquelles elle répond avec le nasonnement caractéristique et prononcé des divisions palatines. Elle ne peut émettre le G dur, le D, l'R, le K, le T, l'L.)

Cette malade a toujours été dans une situation misérable. Elle n'a jamais été à l'école et ne sait pas lire. Elle a été laissée dans l'abandon le plus complet, et j'ai été grandement surpris, quand on me l'a présentée, qu'on l'eût laissée jusqu'à 17 ans sans avoir rien fait pour sa malformation congénitale, sur tout pour son bec de lièvre si..... accusé.

(M. le professeur Trélat présente une autre jeune fille.)

Voici, maintenant, une grande demoiselle qui m'a été adressée par mon collègue et ami, M. le professeur Verneuil, à qui elle avait demandé conseil. Elle est âgée de 21 ans, de belle constitution. Elle a reçu une certaine instruction. Elle a également un vice de langage qui l'empêche de prononcer certaines lettres. Cette jeune fille présente un genre de déformation rare.

L'autre jour, après l'avoir examinée, je lui avais conseillé d'aller voir un professeur d'orthophonie, qui a déjà soigné, après opération, un bon nombre d'enfants chez lesquels j'avais fait la palatoplastie. A peine était-elle partie, que j'ai songé, en pensant à notre première malade, celle qui a une vaste fente labio-palatine, que la comparaison entre les deux cas était intéressante, et j'ai fait revenir la malade aujourd'hui. Sous ce rapport, mon but est manqué. J'espérais vous montrer côte à côte une malade à palais fendu, parlant relativement bien, et une autre à palais entier et en apparence intact, parlant mal. La culture et l'éducation antérieure des deux sujets en ont décidé autrement.

Je laisse donc la malade de notre service que je renvoie à son lit, pour ne plus m'occuper que de la malade du dehors, Mlle G...

Aussi bien, c'est pour vous fournir la connaissance et l'explication, peu connues l'une et l'autre, des cas de ce genre que je fais cette leçon.

Vous avez bien entendu, n'est-ce pas, que quoiqu'ayant un langage intelligible, cette grande jeune fille ne peut pas prononcer certains sons, certaines lettres, qu'elle fait des petites grimaces adjuvantes, et que sa parole ressemble en somme à celle des personnes qui ont une division palatine. Voici d'abord l'observation, rédigée par M. Delbet, interne du service.

Malformation de la voûte et du voile du palais. — Suzanne G..., 21 ans, infirmière. Aucune difformité dans ses ascendants ou collatéraux immédiats (1 frère et 1 sœur).

Suzanne G..., est une grande fille, de belle apparence. Sa santé est parfaite. Elle a eu seulement quelques légères bronchites, de temps à autre.

Mais depuis qu'elle parle, elle parle mal. Dans sa petite enfance, elle ne pouvait se faire comprendre. A l'âge de 10 ans, elle a pris des leçons de prononciation, sans en tirer grand profit. C'est lorsque son amour propre s'est éveillé, qu'elle a commencé à perfectionner sa manière de prononcer. Ainsi elle a appris à prononcer le CH à l'âge de 12 ans, parce que sa maîtresse de pension s'appelait Cholet. Depuis ce temps, elle a fait des progrès constants, sans jamais prendre de leçons. Toutefois, depuis quelque temps, elle a cessé de se surveiller, parce que ses efforts l'affligeaient en ramenant sans cesse sa pensée sur son infirmité.

Aujourd'hui, son langage est très facilement compréhensible, bien qu'il lui manque quelques sons et un assez grand nombre d'articulations. Mais la jeune fille est intelligente, instruite, et elle emploie une foule d'artifices pour dissimuler ce que sa prononciation a de vicieux. Cette dernière est en réalité beaucoup plus insuffisante qu'on serait tenté de le croire ; car aux impossibilités qui résultent de sa malformation, Suzanne G... joint une inexpérience incroyable. Elle serait, en matière de langage, tout à fait ignorante, si elle n'avait appris à prononcer, à l'âge de 12 ans, le CH, à l'âge de 20 ans l'S sifflante. Aujourd'hui, elle ne prononce pas du tout les lettres suivantes : D — G dur — K — P — T — X. — Le B est très mauvais et presque remplacé par M.

Mais il ne faudrait pas croire que l'impossibilité soit réelle pour toutes les lettres ; et en examinant soigneusement la malade, on peut faire le départ entre les impossibilités vraies et les inexpériences. J'ai pu, en un instant, apprendre à S... G... à prononcer le T. Mais elle ne peut encore en faire usage dans la conversation. Lorsqu'elle rencontre le T dans un mot, « elle ne se rappelle plus comment il faut placer sa langue pour le produire. » Les troubles de la déglutition sont peu accentués. Quelquefois, mais rarement, les liquides reviennent par le nez.

Quand on examine la voûte et le voile du palais chez cette malade, ce qui frappe d'abord, c'est leur extrême

brièveté. La corde tendue des incisives à la luette mesure six centimètres et demi. Lorsqu'on suit la courbure de la voûte, on trouve un demi-centimètre de plus, soit sept centimètres. Or, la paroi postérieure du pharynx est à neuf centimètres des incisives.

Sur ces sept centimètres, quelle part revient à la voûte osseuse, quelle au voile membraneux ? Sur la ligne médiane, la voûte osseuse n'a que quatre centimètres et demi. Il reste donc deux centimètres et demi pour le voile membraneux. Mais le bord postérieur de la voûte palatine a une forme très particulière. Lorsqu'on examine par la vue seule, on voit sur le voile membraneux deux lignes saillantes, qui limitent un angle à sinus ouvert en arrière et dont le sommet serait sur la ligne médiane au point où se termine la voûte osseuse. Et l'on a l'impression que ces deux lignes divergentes représentent le bord postérieur de la voûte palatine. Mais il n'en est pas ainsi, et il est très facile de constater par le toucher que le bord postérieur de la voûte est beaucoup moins oblique en arrière que les lignes dont je viens de parler. S... G... n'a que sept dents sur chaque moitié de sa mâchoire supérieure, et la voûte osseuse vient tomber sur la septième dent, deuxième grosse molaire, un peu en arrière d'elle. On constate encore par le toucher que la voûte osseuse se termine par un bord presque tranchant, et enfin on trouve qu'elle n'est pas régulière. De chaque côté de la ligne médiane elle offre deux petites saillies, qui sont le vestige de l'épine nasale postérieure dédoublée. Et à l'autre extrémité du voile membraneux on retrouve un dédoublement semblable : la luette est représentée par deux petits tubercules latéraux et arrondis. Sur ce voile, on remarque les deux lignes que nous avons déjà décrites, et entre elles un espace triangulaire, à base postérieure, espace dans lequel le voile est si mince qu'il paraît seulement formé par l'adossement des deux muqueuses nasale et buccale ; mais les muqueuses existent, il n'y a pas là de cicatrice.

Les piliers antérieurs et postérieurs paraissent normalement conformés. Au reste, ce petit voile paraît avoir sa musculature au complet. Lorsqu'on fait émettre à la malade différents sons, on le voit se soulever et se tendre comme s'il avait des péristaphylins, se raccourcir comme s'il avait des palato-staphylins. »

En somme, brièveté de la voûte, du voile et de la luette ; traces de division portant à des degrés divers sur ces trois parties. Voilà la cause ou les causes multiples de la cacophonie dont nous avons reconnu les caractères.

Ces dispositions anormales sont absolument et indiscutablement congénitales. Le palais n'a jamais été le siège d'aucune plaie, d'aucune opération, d'aucune maladie. Le bel état de santé de cette jeune fille de 20 ans témoigne de son dire et elle est catégorique dans ses affirmations. Qu'est-ce que c'est que cette malformation congénitale ? Quelle en est la cause et la nature ? C'est ce que nous examinerons avec plus de fruit quand je vous aurai fait connaître les faits antérieurs analogues à celui-ci.

J'ai lu, en 1867, il y a 21 ans, à la Société de Chirurgie, un rapport sur l'opération de la staphylorraphie, à propos de deux faits, qui avaient été présentés par notre regretté collègue Liégeois, qui était un homme de valeur et d'avenir. Il terminait sa présentation en disant que la staphylorraphie était injustement et à tort négligée par les chirurgiens. Je fis un rapport sur ce sujet, et je cherchai à établir comment il se fait que certaines opérations de staphylorraphie donnent des résultats heureux au point de vue phonétique, et d'autres, au contraire, des résultats médiocres. J'empruntai alors l'explication de Passavant (de Francfort), qui avait été publiée quelques mois auparavant, et traduite dans les Archives générales de médecine (6me série, tome 5, 1865). Dans ce mémoire, Passavant exposait la théorie suivante : — « Les individus qui parlent mal ont tous le voile du palais trop court, et quand ce voile ne peut pas rejoindre la face postérieure du pharynx la phonation est vicieuse », la parole, mais non pas la voix. — Cette théorie a été contredite, plus tard, par Hermann (de Breslau), qui cita plusieurs cas dans lesquels des individus syphilitiques ou scrofuleux avaient eu précisément des adhérences du bord postérieur du voile du palais avec la face postérieure du pharynx. Or, ces individus réalisaient parfaitement le desideratum de Passavant. Néanmoins, ils parlaient mal, et en nasonnant, de manière que les *trop-courts* de Passavant, et les *adhérents* d'Hermann, se trouvaient exactement dans les mêmes conditions.

Dans ce mémoire, Passavant dit avoir observé trois cas où la voûte palatine osseuse était fendue et recouverte de parties molles. Dans tous ces cas, la voix était nasonnée comme chez la jeune fille que je vous ai montrée. Il cite deux de ces faits avec quelques détails : le premier concerne un enfant de 6 ans, *guéri spontanément après la naissance*, d'une fissure palatine. La fissure osseuse s'est recouverte d'une membrane et les deux côtés du voile se sont réunis en produisant un raccourcissement avec bifidité de la luette. Le second cas est celui d'un homme adulte présentant une fissure de la portion osseuse fermée par les parties molles. « Le voile, dit-il, s'est réuni avant ou très peu de temps après la naissance excepté sur une très petite portion de la luette. » Ces deux cas sont absolument analogues à ce que nous avons vu chez notre sujet. Ces faits m'avaient beaucoup frappé. Je les avais notés et ils me sont revenus en mémoire immédiatement après le départ de notre jeune fille.

Ainsi, dans les cas cités par Passavant, il y a non seulement la description de malformations particulières, mais il y a ce fait curieux d'un enfant de 6 ans, *guéri spontanément après la naissance*, et celui d'un homme chez lequel l'auteur dit que les parties s'étaient réunies *avant ou très peu de temps après la naissance*.

J'en étais là, Messieurs, lorsque dans la même année, en 1867, — je venais de quitter la Maternité où j'avais été chirurgien en chef près de 4 ans, et je venais de prendre le service à l'hôpital Saint-Antoine, — lorsqu'entra dans une de mes salles, pour une ténosite sèche, un homme de 43 ans, nommé Charles God... Cet homme avait une prononciation plus vicieuse que celle de Mlle G... Je lui fis ouvrir la bouche, et à ma grande stupéfaction, je constatai qu'il avait un palais et un voile du palais qui, au premier moment, me parurent normaux. Cet homme me raconta de la manière la plus assurée qu'il était né avec une division du voile du palais, que vers l'âge de 10 ans, à plusieurs reprises, des médecins, des chirurgiens, avaient voulu l'opérer ou l'envoyer à Paris se faire opérer. En tous cas, quand je le vis, on ne lui avait rien fait. Il présentait une bifidité de la voûte palatine osseuse, une toute petite bifidité de la luette, et on apercevait une sorte de centre ovale où les parties étaient minces et bleuâtres. Je notai avec beaucoup de soin que la prononciation des lettres T,

K, Q, G dur, D, S, était absolument vicieuse, et je fis la remarque importante suivante : tandis que le palais osseux en général a une dimension antéro-postérieure de 56 à 60mm, depuis l'arcade alvéolaire jusqu'à son bord postérieur, celui de notre malade était réduit à 30mm. Il avait donc un palais osseux très court.

La figure ci-jointe a été exécutée d'après le dessin de grandeur naturelle qu'avait fait à l'époque mon interne M. le Dr Paul Hybord.

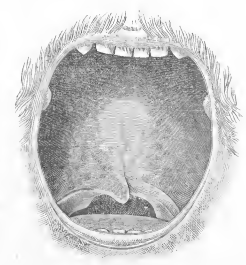


Fig. 46.

J'ai rapporté en détail l'observation de ce malade dans les Bulletins de la Société de Chirurgie à la date du 4 Décembre 1867. Pour le récit que je fis à la Société de Chirurgie, j'ai naturellement pris toutes les précautions pour que mes collègues ne pussent pas me reprocher de m'être laissé tromper par le malade. Je l'avais interrogé plusieurs fois, et toujours j'obtenais la même réponse sur sa guérison spontanée après la naissance. Cet homme, guéri de sa ténosite, nous quitta après un long séjour.

Plusieurs années après, je le retrouvai à la Pitié, et il se fit reconnaître de moi en ouvrant sa bouche. Il se produisit alors sous mes yeux un phénomène bien remarquable : la partie bleuâtre devint encore plus mince et bientôt j'y vis un petit trou qui s'agrandit jusqu'à ce que tout le centre ovale eut disparu. L'homme s'en tira avec une perforation qui avait de 12 à 13mm· de hauteur et de 3 à 4 de largeur ; perforation absolument spontanée par résorption d'une cicatrice mince, qui préexistait, sans aucun travail d'ulcération ni de suppuration. Cet homme, qui avait 43 ans en 1867, en avait alors près de 50 ; il ne voulut pas subir d'opération à son âge, et bientôt il quitta l'hôpital.

Deux ans après (Société de Chirurgie, 1869, page 402), dans mon cabinet, arrivèrent un homme, sa femme et un enfant. Le mari était âgé de 40 ans ; la femme avait eu d'un premier mariage un enfant parfaitement sain et vivant. De son second mari, qui était présent, elle avait eu deux enfants : une petite fille qui avait succombé au bout de 6 mois, et qui avait une division du palais, et un enfant de 3 semaines, celui qu'on me présentait, lequel, d'après ce que me dit la mère, était né avec un palais sans fente, ayant la luette un peu bifide, et au-dessus de la luette une surface blanchâtre. Sur cette surface, la mère avait aperçu, au bout de 6 jours, un petit trou comme une piqûre d'épingle. Ce trou avait augmenté, et, au moment où je voyais l'enfant, il avait 9mm· de longueur sur 3 de largeur. Il était comparable à un grain d'avoine ou à un grain de blé, pointu par ses deux bouts et renflé au milieu. Ainsi, cette petite fille de 3 semaines, sœur d'une enfant née avec division palatine (morte depuis), était née avec une luette bifide, une surface mince au dessus de sa luette, et, sous les yeux de la mère, rendue attentive par son précédent enfant, la surface mince avait été le siége des mêmes phénomènes que j'avais observés sur l'homme de 43 ans. J'ajoute que la voûte osseuse chez cette petite fille était échancrée et très courte comme chez les autres malades.

Pendant que j'examinais cette enfant et que la mère répondait à mes questions d'une voix nette et claire, le père cherchait à me donner quelques explications. Son langage me frappa ; c'était absolument ce que vous venez d'entendre tout à l'heure chez Mlle G.... Après la petite fille, je m'occupai du père. Il ne pouvait pas prononcer les M, N, V, les sons de nasales comme A N, IN, UN, qui étaient tous remplacés par une espèce de grognement rauque. En somme, il avait un vice de langage très caractérisé. Cet homme, je me le rappelle, était très habile. Il avait une façon de remplacer les lettres défectueuses par d'autres plus faciles, ou de sauter par dessus les lettres impossibles, qui donnait le change; mais, tout habile qu'il fût, il n'en avait pas moins un vice de prononciation manifeste. A l'examen, il présentait une trace de bifidité de sa luette rudimentaire ; la voûte du palais mesurait 40mm· sur le milieu au lieu de 60, et sur les côtés 45mm· Par conséquent, il avait une échancrure osseuse comme dans les cas précédents. Voilà donc encore un individu âgé de 40 ans, chez lequel la puissance héréditaire se manifeste nettement, qui avait eu d'une même femme, — laquelle était indemne puisqu'elle avait d'autre part un enfant parfaitement constitué,— deux enfants à palais fendu, tandis que lui n'avait pas le palais fendu, mais seulement déformé avec dessin de bifidité de la luette. Il avait un vice moindre, mais néanmoins caractérisé.

Enfin, près de vingt ans après les faits précédents, le hasard nous a mis entre les mains cette jeune fille que vous venez d'entendre parler tout à l'heure.

Nous avons donc les deux cas de Passavant que je vous ai signalés, les deux qui me sont personnels, et enfin celui de Mlle G..., soit au total 5 cas. Vous dire que ce soit là tout ce que puisse fournir la littérature scientifique et les observations individuelles, je m'en garderai ; mais l'attention n'a pas été attirée sur ces faits. Ils n'ont d'ailleurs pas été interprétés, de telle manière qu'ils ne sont pas collectés, et qu'on aurait beaucoup de peine à en trouver d'autres dans les annales scientifiques. C'est précisément pour combler cette lacune que je fais cette leçon.

Voilà cinq faits dans lesquels nous pouvons constater plusieurs points importants. Nous voyons d'abord, dans mes deux cas personnels, qu'un voile du palais paraissant intact au moment de la naissance peut se perforer spontanément par résorption de parties trop minces, sans l'intervention d'aucune espèce de maladie. Je me hâte de vous dire que chez mon homme de 43 ans, j'avais fait l'enquête la plus complète au point de vue de la syphilis. Bien qu'il n'y eût aucune analogie d'apparence, je m'étais assuré que l'homme n'avait jamais eu aucune espèce de tare ni de trace syphilitique. La même recherche avait été faite chez le père de l'enfant mal conformé. Le résultat avait été négatif. Je dis donc

que dans deux cas nous acquérons la certitude que des voiles du palais mal conformés primitivement, trop courts et trop minces, se sont perforés après la naissance, et que la perforation s'est établie dans un cas 6 jours, dans l'autre 50 années après la naissance.

Ces faits nous prouvent encore avec moins de certitude, mais cependant avec de très grandes probabilités, que la guérison spontanée des divisions palatines après la naissance est possible.

Remarquez-le bien, Passavant nous dit sans nulle hésitation que chez l'enfant de 6 ans, la guérison s'est produite spontanément après la naissance ; que la fissure osseuse s'est recouverte également chez l'homme avant ou très peu de temps après la naissance. Enfin, mon homme de 43 ans raconte de la manière la plus ferme qu'il a été guéri pendant son enfance spontanément. Je n'ai personnellement pas été présent à ces guérisons, mais je ne résiste que difficilement à cette remarquable concordance d'affirmations venues de points si différents. D'une part, un chirurgien instruit, expert en ces matières ; de l'autre, un malade assurément ignorant de ces faits rares et n'ayant aucun intérêt à nous tromper.

Il faut bien évidemment faire une distinction entre ces deux ordres de faits. Pour les premiers : perforation spontanée après la naissance, il y a certitude absolue, preuve matérielle reconnue. Pour les seconds : guérison spontanée après la naissanee, nous n'avons plus que des récits, concordants, il est vrai, mais sans constatation directe.

Bien que, pour ma part, je sois tout disposé à les admettre parce qu'ils ne se heurtent à aucune impossibilité, je reconnais qu'ils ne sont pas de nature à imposer la conviction à des esprits rebelles, et qu'il est, en somme, convenable de les accueillir avec réserve et d'en rechercher la confirmation précise.

Laissons donc cette question de la guérison spontanée des divisions palatines après la naissance, et revenons aux trois cas que j'ai personnellement observés et dont vous venez de voir le dernier.

Autrefois, préoccupé des causes de la cacophonie, j'avais surtout constaté la brièveté de la voûte osseuse, que j'attribuais à une insuffisance partielle du développement. L'ensemble des faits ne m'avait pas frappé. Aujourd'hui, je remarque avec vous que, dans ces trois cas, il y a bifidité d'une luette rudimentaire, traces incontestables de bifidité du voile, brièveté et bifidité postérieure du palais osseux. Chez plusieurs de ces malades, on croirait être en présence d'une opération de staphylorraphie ou de palatoplastie médiocrement réussie. Je suis convaincu que, si les malades étaient muets, ce diagnostic serait fait par beaucoup de chirurgiens. Enfin les malades parlent comme des opérés de palatoplastie peu ou point éduqués.

Pour tous tous ces motifs, et, d'autre part, tenant compte, dans une certaine mesure, des cas très probables de guérison après la naissance, je considère actuellement nos faits comme déterminés par la guérison intra-utérine de divisions palato-staphyliennes.

Ce mot, ce fait, qui n'a pas encore été énoncé pour les divisions palatines, est parfaitement accepté pour le bec de lièvre. Dans la séance où je présentai mon second malade à la Société de Chirurgie, Demarquay, Cloquet, M. Verneuil mentionnaient des faits de ce genre. J'en ai vu moi-même un bon nombre.

On peut dire, sans doute, par manière de plaisanterie, que nous sommes tous des guéris intra-utérins de bec de lièvre simple ou double. C'est une erreur. Nous ne portons pas la trace des phases du développement. Les formes se sont constituées suivant le temps et le plan normal, sans marque aucune de ces passages.

Si, au contraire, les conditions de temps et de plan n'ont point été remplies, si des parties séparées qui devaient se fusionner ne l'ont pas fait au moment opportun, elles pourront encore le faire pendant la vie intra-utérine, mais ce ne sera plus par le procédé du développement normal, mais bien par un procédé identique à celui de nos réunions chirurgicales primitives ou cicatricielles, et alors l'enfant naissant portera la trace de ce travail tardif et pathologique, travail plus ou moins réussi, généralement suffisant, mais parfois fort médiocre, puisque dans un eas j'ai été obligé de refaire ou mieux de corriger par voie opératoire un de ces becs de lièvre mal guéris avant la naissance.

Bref, dans ces sortes de cas, l'enfant naît avec une infirmité plus ou moins accusée. Il me paraît difficile de ne pas accepter pour le palais les faits si positivement observés pour le bec de lièvre. Il y a identité de traces, de désordres, de siège conforme aux temps du développement, d'infirmité matérielle et fonctionnelle ; il ne peut pas se faire que la cause ne soit pas identique.

Autrefois, Messieurs, à l'époque où j'observais, en 1867 et 1869, les premiers faits que je vous ai communiqués, je croyais que les résultats fonctionnels ou phonétiques des opérations plastiques sur le palais avaient, en quelque sorte, un caractère fatal imposé par la nature et la forme des parties intéressées dans la malformation. J'adoptais alors sans modification la théorie de Passavant : voûte palatine trop courte, voile trop court, restitution parfaite de la parole impossible.

Mais depuis, j'ai observé un très grand nombre de faits relatifs à ces questions. Mon opinion s'est modifiée, et, sans nier absolument le rôle des insuffisances organiques, j'ai pu écrire dans mon mémoire sur la *Valeur des opérations plastiques sur le palais* publié en 1885, dans la Revue de Chirurgie, en parlant de l'influence de l'éducation : « C'est là, bien plus que dans des variétés anatomiques de formes ou de dimensions, qu'il faut chercher l'étonnante différence que l'on constate suivant les cas. »

Tout concorde dans cette direction d'idées. Si nos malades sont, comme je cherche à vous le prouver, atteints de guérison intra-utérine, — par conséquent avec difformité, — de divisions palato-staphyliennes, ils sont exactement dans la même condition que nos opérés guéris. Ils ont besoin d'apprendre à se servir de leur organe, et même à triompher de ses imperfections. Voilà ce qu'il faut savoir pour donner le conseil utile aux malades de cette catégorie.

Voyez comme notre jeune fille est instructive à cet égard. Petite enfant, elle ne se faisait pas comprendre. A douze ans, elle apprend à prononcer le CH. L'amour-propre s'en mêle, elle fait de nouveaux progrès et arrive à se faire bien comprendre. Néanmoins, pendant que nous l'étudions, nous parvenons encore à lui faire prononcer l'une des lettres qui lui manquent, le T. Elle progressera encore, si elle suit mon conseil et se soumet à un travail éducateur méthodique.

Je m'arrête sur ce sujet où les matériaux sont si peu nombreux. Nous avons établi :

Que des divisions ou fentes d'origine congénitale peuvent apparaître après la naissance (en dehors de toute affection destructive) sur le voile du palais.

Que, très probablement, des divisions existant au moment de la naissance se sont comblées ou guéries spontanément après la naissance.

Que les malformations complexes que nous avons décrites sont des guérisons intra-utérines de divisions palatines.

Enfin qu'ici, comme pour les opérés guéris, l'éducation spéciale constitue un traitement fonctionnel, efficace.

Je souhaite que cette leçon attire l'attention des observateurs et que les faits se multiplient, pour nous permettre d'arriver à des conclusions solides et définitives.

ANATOMIE

Muscle présternal chez l'homme (1) ;

Par J. ROUBINOVITCH, externe des hôpitaux.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer à l'hôpital de la Pitié, dans le service de notre maître, M. le Dr Lancereaux, une anomalie musculaire assez rare : le muscle présternal (2).

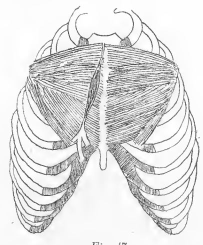


Fig. 47.

C'était sur un malade, un nommé M... Anthelme, âgé de 47 ans, marinier, né à Seyssel, département de l'Ain, entré à l'hôpital le 24 février 1888 et couché au n° 13 de la salle Piorry. Il était atteint de méningite tuberculeuse. A l'entrée, son état était déjà excessivement grave. Dans ses antécédents héréditaires, nous n'avons trouvé rien de particulier. Il y a deux mois, ce malade était dans le même service pour tuberculose du sommet gauche.

Le 25, en examinant les caractères de la dyspnée, nous avons remarqué sur la paroi antérieure du thorax une saillie longitudinale qui se manifestait au moment de l'inspiration et qui disparaissait à l'expiration. Cette saillie unilatérale était située à droite et perpendiculairement aux fibres du grand pectoral. Immédiatement l'idée nous vint qu'il s'agissait là probablement d'une anomalie musculaire et l'autopsie ne tarda pas à confirmer notre diagnostic. Le 28 février le malade succomba.

A l'*autopsie*, pratiquée le 1er mars, nous constatons des adhérences assez solides de la dure-mère avec la pie-mère au niveau de la circonvolution pariétale ascendante et du lobule paracentral, avec un épaississement considérable des méninges à ce niveau, des granulations opalines de la grosseur d'un grain de millet, vitreuses en certains endroits, situées le long de l'artère sylvienne gauche et de ses branches. Le poumon gauche présente des adhérences très résistantes et au sommet une excavation de la grosseur d'une noix, excavation contenant un liquide verdâtre, puriforme, avec induration du pourtour de la caverne.

Examinant ensuite sa musculature générale, nous pouvons reconnaître que notre sujet est fortement musclé avec une couche cellulo-adipeuse sous-cutanée biend éveloppée. Puis, nous nous occupons de la dissection des muscles de la paroi antérieure du thorax. A l'endroit correspondant à la saillie que nous avions observée sur le vivant, se trouve un muscle situé au-dessous de l'aponévrose thoracique superficielle en avant du sternum et de la partie la plus interne du grand pectoral.

Ce muscle est unique ; il est situé à droite de la ligne médiane sur les insertions sternales du grand pectoral. Sa direction est légèrement oblique de telle sorte que, situé en haut juste sur la ligne médiane, il est en bas distant de cette ligne de 2 m 1/2 et que ses fibres sont à peu près perpendiculaires à celles du grand pectoral. Il s'étend de la partie moyenne de la face antérieure du manubrium du sternum jusqu'au 7e cartilage costal. Sa longueur est de 17 c. m.

C'est un muscle fusiforme, plus large à sa partie moyenne (1 c. 1/2) qu'à ses deux extrémités (extrémité supérieure 5 m. m., extrémité inférieure 10 m. m.) charnu à sa partie moyenne, il est tendineux à ses deux extrémités. Le tendon inférieur qui se décompose en trois faisceaux secondaires est plus large que le tendon supérieur qui est très grêle mais épais.

Sur aucun point de son trajet ce muscle ne présente de traces d'intersections fibreuses. En haut le tendon grêle se confond avec les fibres charnues du grand pectoral qui s'insèrent sur le sternum. Le tendon inférieur se confond par son faisceau externe avec les insertions du grand pectoral sur le 5e cartilage costal ; par son faisceau moyen il s'insère sur le 7e cartilage costal et par son faisceau interne sur le 6e cartilage.

Ces insertions nous expliquent le mécanisme de la saillie que nous avons observé sur le vivant au moment de l'inspiration. A chaque contraction du grand pectoral droit, le muscle présternal se contractait synergiquement. Son rôle physiologique, par conséquent, consiste à aider les faisceaux inférieurs de ce muscle dans leurs fonctions inspiratoires, car à chaque contraction, le muscle présternal, en prenant son point d'appui sur le sternum, soulève les trois dernières vraies côtes et contribue ainsi à la dilatation de la cavité thoracique.

(1) Communication à la *Société anatomique*, le 2 mars 1888.
(2) Voir à propos de la rareté de ce muscle : TESTUT. — *Les anomalies musculaires*. Paris 1884, p. 75-79.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Faculté de médecine : Cours d'anatomie : M. le Pr Farabeuf.

De même que les années précédentes, M. le Pr FARABEUF a ouvert son cours d'anatomie au milieu d'un grand nombre d'auditeurs, qui remplissaient le grand amphithéâtre de la Faculté. Tous tenaient à acclamer ce maître, dont la clarté de démonstration unie à une originalité d'exposition, rendent l'étude de l'anatomie souvent si ardue, d'une compréhension facile pour tous. En commençant, M. Farabeuf a exprimé tout le regret qu'il avait éprouvé d'être retenu loin de la Faculté par une affection chronique ayant exigé un long séjour dans le Midi. Quoique éloigné de Paris, il a mis à profit ce temps d'exil pour composer un travail sur le bassin, au point de vue anatomique et obstétrical. C'était, dit-il, un terrain dangereux pour un anatomiste ; mais, enfin, cet ouvrage a reçu la sanction des cliniciens. Le professeur aurait aussi vivement désiré pouvoir faire son cours en hiver, tandis que celui-ci étant fait pendant le semestre d'été, il se trouve que bon nombre d'étudiants sont empêchés de pouvoir y assister par suite de la session d'examens qui commence au mois d'avril. C'est là, dit-il, un des bénéfices du nouveau régime. A ce propos, il tient à faire disparaître de l'esprit de ses auditeurs une sorte de légende, lui attribuant l'idée de ce nouvel état de choses. Il a contribué surtout à reconstituer l'Ecole Pratique, et non à « inventer » ce nouveau régime dont il trouve les effets déplorables. En effet, il ressort de ce mode d'ensei-

gnement que les étudiants sont obligés de ne revoir qu'une seule fois des choses fort importantes comme l'anatomie, qui leur servira pendant toute leur vie médicale. D'autre part, la réorganisation de l'Ecole Pratique leur a permis d'étudier eux-mêmes certaines parties de l'enseignement qui leur étaient interdites jadis, comme l'histologie et la physiologie. « Les étudiants, dit-il, n'avaient vu de microscopes qu'à la vitrine des marchands d'instruments. »

Cette année, M. Farabeuf se propose d'étudier les *articulations*, dont la connaissance est fort utile, tant au point de vue anatomique et physiologique qu'au point de vue chirurgical. Il commence donc son cours par l'étude de l'articulation temporo-maxillaire, après avoir exposé quelques généralités sur les articulations. Le cours continuera dans l'ordre que l'on suit ordinairement pour l'étude des articulations. A. R...

Ouverture du Cours de Pathologie interne : M. le Pr Damaschino.

C'est le jeudi 12 avril, à 3 heures, que M. Damaschino a ouvert son cours, au milieu d'une notable affluence d'un public manifestement sympathique, dans le grand amphithéâtre de la Faculté. En ouvrant cette série de leçons annuelles pour la cinquième fois, M. Damaschino ne peut s'empêcher de regretter que l'architecte n'ait pas encore livré le laboratoire de pathologie interne, de nouveau solennellement promis pour l'an prochain. En effet, c'est à l'aide de l'anatomie, de la physiologie normales et pathologiques, de la pathologie expérimentale et comparée, de l'embryologie, en un mot de la série des connaissances exactes empruntées aux sciences connexes étudiées chez l'homme, et dans la série animale, que le professeur entend faire vivre la pathologie interne dont celle-ci est inséparable. Et son enseignement, par conséquent, doit s'appuyer sur la présentation non pas de schémas mais de pièces ou de micro-photographies projetées sur le tableau par l'appareil d'éclairage que chacun connaît. Il est inutile d'insister, continue-t-il, sur la différence qu'il y a entre les dessins dans lesquels entre toujours l'intervention intellectuelle de l'opérateur et la représentation naturelle ou photographique de la préparation microscopique.

Et M. Damaschino étudie, d'après ce plan, les *maladies de l'appareil respiratoire*, ou plutôt, il décrira, cette année, les affections des bronches et des poumons. Cette première séance, entièrement consacrée à une partie de l'étude anatomique de ces organes, met en évidence les applications pratiques au fur et à mesure de l'énoncé des détails anatomiques, et de l'indication sur les projections des particularités préalablement exposées. Ce n'est pas, par conséquent, un simple récit, c'est, à l'exemple des cours de M. le Pr Charcot, souvent cité dans les leçons qui nous occupent, un enseignement imagé, actif, par la méthode des leçons de choses, propre à faire aimer la recherche en faisant comprendre les procédés de la recherche. Les travaux de M. Damaschino sur les pneumonies sont du reste présents à l'esprit de tous.

Un tel enseignement nous paraît apte à rendre de très grands services. Nous signalons seulement deux *desiderata*. En premier lieu quoique le professeur s'adresse à des étudiants qui doivent avoir acquis dans des années antécédentes des connaissances solides sur l'ensemble des sciences énumérées précédemment, quelques bons schémas viendraient, à notre avis, heureusement fournir la vue synoptique des descriptions dont des préparations montrent le véritable jour. A partir du milieu de l'amphithéâtre, on ne saisit pas très bien les menu objets dont se compose la planche : qu'il s'agisse d'un vice dans le fonctionnement de l'appareil ou d'un trouble de l'éclairage, nous devons le signaler. Quant au mode d'élocution de M. Damaschino, c'est celui non d'un orateur, mais bien d'un médecin imbu de son sujet et insistant sur le détail même qui lui paraît importer ; ce serait parfait si de grands dessins, demi schématiques suppléaient à quelque obscurité résultant précisément des perfections précitées et des interruptions que le professeur est obligé d'effectuer pour laisser les instants nécessaires à la manœuvre. P. K.

Association générale des médecins de France.

Les 8 et 9 avril dernier, a eu lieu dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, la vingt-neuvième assemblée générale des membres de l'*Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France*, sous la présidence de M. Roger, qui a prononcé le discours d'ouverture. Le trésorier, M. Brun, rend compte de l'état financier de l'Association qui s'est accru en l'année 1887 de 105.840 fr., dus à l'augmentation des membres de la société (300 membres nouveaux), aux legs des Dr Roth et Oulmont, aux dons de Mme Gosselin, etc. Voici les chiffres pour 1867 : Capitaux de la caisse générale: 88.333 fr. 53 c.; Caisse des pensions viagères : 1.019.557 fr. 06 c.; Société centrale et sociétés locales, 916.186 fr. 14 c.; total 2.106.581 fr. 19 c.

A la suite d'un rapport de M. Richelot sur la gestion financière du trésorier, M. Riant, secrétaire général, rend compte de la situation et des actes de l'Association. Il rend hommage aux morts et fait l'éloge de Foville, de Martineau, de Gosselin et de divers présidents de sociétés locales. Parmi les points saillants du rapport de M. Riant, nous signalerons le passage relatif au secret professionnel, où il s'élève avec raison contre la justice, menaçant trop souvent les médecins qui refusent de violer le secret.

Le rapport sur les pensions viagères pour l'exercice 1888 a été lu ensuite par M. Vidal qui propose de créer 80 pensions nouvelles.

Dans la séance du 9 avril il est d'abord procédé aux élections. M. Riant est élu secrétaire général. Une discussion s'élève ensuite au sujet d'une proposition de M. Vidal, accordant 15 nouvelles pensions viagères. La société est d'avis de demander au maire de la localité du confrère secouru, un certificat de vie le 1er janvier et le 1er juillet.

On passe ensuite aux vœux émis par les sociétés locales : *Règlementation et étude des vœux* (société de l'Orne); *Mise au concours de toutes les places de médecins d'hôpital* (société du Rhône) ; *Assistance médicale dans les campagnes* (société de Laon, Vervins, Château-Thierry). *Vœu* pour que le Conseil use de son influence afin de faire mettre à l'ordre du jour le projet de loi Liouville sur l'organisation en France d'une Direction générale de la santé publique (Châtillon-sur-Seine). Puis, la séance a été levée. Un banquet a réuni le 10 avril un grand nombre des membres de l Association.

Albin Rousselet.

Faculté des sciences de Lille. — Un congé d'inactivité, du 1er avril au 31 octobre 1888, est accordé, sur sa demande, à M. Dutilleul, préparateur de zoologie à ladite Faculté.

Nominations. — M. le Dr Sarrade, est nommé médecin adjoint au collège Rollin (emploi nouveau); le Dr Doillon est nommé médecin du lycée de Vesoul, en remplacement de M. le Dr Gevrey, décédé.

Station sanitaire. — Le Pr Pagliani, directeur général de l'Hygiène publique, en Italie, s'est transporté en Sicile afin de choisir un endroit convenable à l'installation d'une nouvelle station sanitaire (*Gazzetta di Ospitali*). Il a fait saisir également, par l'intermédiaire du président du conseil, une commission qui se préoccupe d'améliorer le service des accouchements dans le royaume.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — CONGRÈS D'ORAN (17e session).

SECTION DES SCIENCES MÉDICALES.

3.— *Séance du 2 avril* 1888 (lundi matin). — PRÉSIDENCE DE M. GRASSET.

1. — M. le Dr HARO (de Montpellier) envoie une *note sur une décision municipale nouvelle, concernant l'hygiène des jeunes mères et des nouveau-nés.* M. Haro a eu l'idée de proposer à M. le maire de Montpellier, de joindre au livret de famille, un résumé des principales règles d'hygiène concernant les femmes enceintes, les femmes accouchées et les nouveau-nés. Cette instruction, faisant partie du livret de famille n'aurait pas le triste sort de la plupart des brochures dont on inonde, dans le même but, les mairies; elle serait soigneusement conservée par les jeunes époux qui, à coup sûr, en feraient bon usage, car sous le couvert de l'autorité municipale, les bienfaisantes prescriptions de l'hygiène ayant perdu tout caractère personnel, grandiraient d'importance aux yeux du public et auraient en quelque sorte forme de loi. M. le maire a accueillli très favorablement ce projet, si simple de vulgarisation, et le Conseil municipal, dans sa séance du 7 mars 1887, a décidé que l'instruction rédigée par M. le Dr Haro et approuvée par le Conseil départemental d'hygiène, pouvant avoir de sérieux résultats, serait ajoutée au livret de famille délivré gratuitement aux nouveaux époux par l'officier de l'état-civil.

2. — M. le Dr MONGUILLEUX (d'Oran) montre des *graphiques en rapport avec l'épidémie de rougeole qui a sévi à Oran du* 1er *octobre* 1887 *au* 15 *mars* 1888. Les graphiques comprennent: 1° Les données journalières du baromètre réduit à zéro et la moyenne thermométrique; (pas de relation entre les oscillations barométriques et la mortalité rubéolique ; le thermomètre ne donne pas davantage de point d'appui sérieux). — 2° Un tableau comparatif de la mortalité générale avec la mortalité rubéolique. (Il existe une relation proportionnelle entre ces deux états). — 3°, 4°, 5° Un tableau indiquant la répartition des cas par âge (maxima de 6 à 3 ans, minima de 0 jour à 1 mois et de 14 à 15 ans), par sexes (sexe féminin plus frappé), par nationalités (nationalité espagnole surtout). — 6°, 7°, 8°, 9°, 10° Des tableaux montrant l'état du ciel (influence destructive de la lumière sur le développement de certains microbes), l'hygrométrie, la pluviométrie, le relevé journalier des vents par direction et intensité, la carte d'Oran donnant la répartition de la mortalité rubéolique par rues et par quartiers.

M. HUBLÉ (de Marnia) insiste sur l'impossibilité d'isoler en Algérie les enfants atteints de rougeole.

M. CROS (d'Oran) a vu des enfants se promener dans les rues avec la rougeole (rougeole ambulante).

3. — MM. les *médecins de l'hôpital d'Oran* déposent sur le bureau une notice sur l'hôpital civil d'Oran.

4. — M. le Dr FALRIÈS (de Sidi-ben-Abbès) fait une communication sur les *thromboses multiples*; *relation de la thrombose veineuse avec l'albuminurie et l'ulcère rond de l'estomac.* Il cite à ce propos le fait suivant: Homme de 19 ans, pneumonie droite a frigore simple. Guérison en dix jours. Le 12e jour, thrombose de la veine crurale droite, huit jours après, thrombose de la veine crurale gauche. Un mois après, embarras gastrique non fébrile et hématurie avec douleur du rein droit et le long de l'urotère de ce côté. Huit jours après, mêmes accidents du côté gauche. Cylindres fibrineux dans l'urine, urée tombée à 15 grammes en 24 heures. Vomissements, puis hémorrhagie interne (hématémèse abondante, melœna) quelques jours après. Bientôt, points de côté à gauche et crachats hémoptoïques (thrombose de la veine pulmonaire gauche). — Tous ces accidents sont dus probablement à l'émiettement successif des premiers caillots formés; il y a eu oblitération des veines rénales, gastriques et pulmonaire gauche. Celle de la veine rénale a la valeur d'une expérience de laboratoire et équivaut à la ligature de ce vaisseau. La thrombose des tissus veineux de l'estomac dans ce cas (vomissements, hématémèse) vient corroborer l'opinion qui met l'ulcère rond do l'estomac sur le compte de la thrombose. Jusqu'à présent, c'était toujours la thrombose artérielle qui était en jeu. Ici, la thrombose veineuse est la seule admissible.

5. — M. le Dr SPREAFICO (J.) (d'Oran) fait une communication sur le *traitement de l'hydrocèle idiopathique par l'électrolyse.* Les avantages de ce traitement sur les autres sont très nombreux. Il est toujours suivi de guérison. Il est très peu douloureux et est très rapide. Le malade peut vaquer à ses occupations. Les complications qui peuvent se présenter dans les autres traitements n'existent pas avec celui-ci.

M. CROS ne comprend pas comment le liquide de l'hydrocèle peut disparaître de cette façon.

M SEGUY admet le fait, mais ne croit pas à l'exactitude de la théorie espagnole invoquée par M. Spreafico. Il croit qu'il faudra chercher ailleurs une explication plus admissible.

6. — M. le Dr HUBLÉ (de Marnia, Oran) a observé de 1882 à 1887 dix cas groupés et isolés d'une *orchite spéciale* développée spontanément, c'est-à-dire en dehors de toutes les causes habituelles. Voici les conclusions de l'auteur: Il existe une orchite spéciale, qui est une entité morbide ou un symptome, mais qui représente l'expression locale sur un *locus minoris resistantiæ* d'un état général tributaire d'un micro-organisme. Peut-être est-ce de l'impaludisme; cependant, personne ne peut l'affirmer jusqu'à nouvel ordre. Il préfère s'en tenir à la dénomination d'*orchite infectieuse primitive,* ne préjugeant en rien du microzoaire.

7. — M. le Dr ROUSSEL, sénateur, lit un travail sur *l'application aux nourrissons français en Algérie de la loi de protection des enfants de premier âge.* Malgré le développement remarquable de la colonisation française en Algérie, il reste un fait incontestable qui réclame la sollicitude des pouvoirs publics ; l'infériorité de la population de sang français sur les populations originaires du midi de l'Europe, au point de vue de la natalité, tandis que la mortalité et en particulier celle des enfants de premier âge reste plus considérable. La loi du 23 décembre 1874, promulguée en Algérie en 1877, n'est pas appliquée ou du moins l'est d'une façon très incomplète. Les résultats déjà obtenus prouvent qu'on pourra certainement en avoir de meilleurs, si la loi est mieux appliquée. L'auteur demande que les médecins de colonisation soient appelés à concourir à l'exécution de la loi et que l'administration procède à l'organisation de l'inspection médicale des enfants du premier âge. L'expérience a montré qu'il faut une sanction pénale à cette loi, il demande encore que les parquets prêtent leur concours.

M. MONDOT (d'Oran). — L'application de la loi Roussel est très difficile, sinon dans toute l'Algérie, du moins à Oran. En effet,les nourrices mercenaires habitent la ville ; ici on n'envoie pas les enfants en nourrice à la campagne. Les nourrices mercenaires restant en ville étant d'origine espagnole, il est impossible au médecin de les trouver dans la ville, de les surveiller, à moins de s'adjoindre un *employé de la police.* De plus, pour qu'on puisse obtenir des résultats, il faut qu'il y ait une pénalité applicable à toute contravention à cette loi. Dans les villages, la chose est moins difficile à faire, car on connaît tout le monde. Il cite un fait qui montre comment une nourrice syphilitique a infesté toute une série d'enfants, de mères et même de personnes âgées et cependant, on lui avait défendu de nourrir.

M. FALRIÈS (de Sidi-Bel-Abbès) appuie les conclusions de M. Mondot.

M. ROUSSEL répond qu'il faut certainement éveiller la sollicitude du préfet et mettre la police au service de la loi. Dans la province de Constantine, il n'y a pas de difficultés aussi grandes à surmonter qu'à Oran pour obtenir l'application de la loi et les conditions de cette application ne sont pas les mêmes pour toute l'Algérie.

8. — M. le Dr VERNEUIL montre les bienfaits de *l'émigration dans un milieu pur dans les affections tuberculeuses chirurgicales.* Il insiste d'abord sur l'utilité du *traitement préopératoire* : il n'opère jamais un strumeux sans l'avoir préalablement soumis à un traitement interne (iodoforme, 0,05 par jour). — Le huitième jour après l'opération il reprend le traitement par l'iodoforme (*traitement postopératoire pharmaceutique*). En outre, il recommande *l'émigration* ; il y a nécessité de changer de milieu. Il y a deux espèces de milieux; le

milieu pur et le milieu curatif (stations thermales, hivernales, maritimes, etc.). Il montre un de ses malades atteint jadis de coxalgie, avec subluxation et ankylose consécutive, puis ayant présenté un abcès ossifluent. Ce malade venu à Oran, est absolument guéri. Il cite un autre cas analogue.

9. — M. le Dr Pauly (d'Oran) lit un travail sur la *surexcitation de l'hématose par des procédés mécaniques au début de la période asphyxique et cyanique du choléra.* M. Pauly, après avoir vu pendant l'épidémie de choléra de 1859 au Maroc (camps français), des soldats promener par contrainte leurs camarades atteints, eut l'idée d'appliquer cette méthode, la déambulation provoquée. Elle a donné des résultats tout à fait heureux dans des cas très graves et elle est applicable surtout aux cholériques adultes dont la période aphyxique ne dure pas depuis trop longtemps. De beaucoup préférable aux inhalations d'oxygène, cette méthode donne de meilleurs résultats encore, quand elle est pratiquée la nuit. La pluie n'est pas un obstacle, car elle agit comme un procédé hydrothérapique. On fera en même temps des frictions pendant la marche, sur la figure et les mains avec de l'eau très froide.

10. — M. le Dr Gillot (d'Autun) fait une communication sur les *dilatations ampullaires des petits vaisseaux dans la langue et de leur valeur séméiologique.* Il a remarqué depuis longtemps l'existence à la face inférieure de la langue, sur le trajet des petits vaisseaux et des capillaires, des dilatations plus ou moins nombreuses et plus ou moins développées, rappelant les anévrysmes miliaires du cerveau. Il paraît y avoir une relation étroite entre ces dilatations ampullaires de la langue et les altérations analogues des capillaires du cerveau. Ces lésions vasculaires paraissent à l'auteur liées constamment à la diathèse arthritique. L'existence de ces petites tumeurs miliaires de la langue peuvent faire supposer leur présence dans le cerveau et faire pronostiquer l'imminence de lésions cérébrales et jusqu'à un certain point permettre de les prévenir. Ce serait une sorte de *cérébroscopie linguale*, facile à constater.

11. — M. le Dr Seguy (d'Oran) et M. le Dr Lévy (d'Oran) font une communication sur un cas de polydactylie et de syndactylie. Les auteurs présentent un moulage de la main gauche d'une petite fille israélite possédant 7 *doigts*, un auriculaire supplémentaire et un annulaire également supplémentaire. Ces deux annulaires étaient réunis par une membrane interdigitale. Ces doigts supplémentaires possédaient un squelette complet et étaient porteurs d'ongles; ils étaient articulés tous deux sur le métacarpien correspondant (il n'y avait en effet que cinq métacarpiens). La restauration a consisté dans la désarticulation de ces deux doigts et la syndactilie a été opérée d'après les procédés de Didot (de Liège); pansement sec à la charpie de bois au sublimé, cicatrisation par première intention.

12. — M. le Dr Burot (de Rochefort) fait une communication intitulée: *Sur un cas de tics convulsifs avec écholalie et coprolalie.* Le cas qu'il a observé est absolument typique. Jeune fille de 20 ans, atteinte depuis 15 ans de secousses convulsives dans la face et dans les membres, avec production de bruits et émission de mots plus ou moins obscènes. Aujourd'hui, elle est guérie, mais il existe encore une légère tendance à la répétition qui disparaîtra probablement. Ce résultat a été obtenu uniquement par le traitement moral, par la persuasion à jet continu pour ainsi dire, laquelle a duré une année entière. Cette maladie est facile à comprendre : il existe un défaut d'équilibre entre la sphère de l'activité intellectuelle et la sphère de l'automatisme cérébral. Grâce à cette synergie fonctionnelle et aux syncinésies qui en résultent, il se constitue des associations nerveuses morbides et il se crée ce qu'on peut appeler des habitudes organisées. La gymnastique morale a pour but de détruire ces associations vicieuses et de placer l'équilibre au profit de la sphère intellectuelle, qui doit avoir le rôle prépondérant. On a enseigné à vouloir à cette malade; aujourd'hui elle peut dominer seule ses impulsions.

13. — M. Montaz (de Grenoble), envoie un travail sur *un procédé opératoire d'extirpation totale du pénis.* Il a opéré, il y a 2 mois, un malade présentant un *cancer total du pénis* sans ganglions inguinaux. L'opération était donc indiquée ; mais les procédés connus de Delpech, de Bouisson, de Pearce Gould, celui imaginé par M. Casadé de Valence (d'Agen) convenaient peu. En effet, on peut leur adresser à tous le reproche d'exposer la cicatrice opératoire à la contamination et à l'irritation continuelle par l'urine, Ce facteur n'est pas à négliger au point de vue de la récidive. D'autre part, à la suite de ces divers procédés, la plaie opératoire est souillée par l'urine ; de là son infection facile et comme conséquence, de la suppuration avec ses accidents, des phlegmons urineux, de l'infiltration urineuse. Un autre reproche à adresser à beaucoup d'auteurs, c'est qu'ils se sont préoccupés outre mesure de l'hémorrhagie. De là des procédés compliqués qui, d'ailleurs, ne valent pas une bonne hémostase faite avec les pinces et le catgut. Voici donc le procédé opératoire que j'ai suivi. Opération complète au bistouri ; incision en raquette dont la pointe part du pubis et dont les deux branches contournent la verge, descendent sur les côtés du scrotum et vont se rejoindre sur le bord inférieur des bourses. Cette incision peut varier suivant les besoins. Ensuite extirpation de la verge sur le pubis comme on enlève un sein. Il y a six artères à lier : les deux caverneuses, les deux dorsales de la verge et deux branches des honteuses externes. Quand l'ablation est complète, il reste une plaie considérable avec l'orifice uréthral au milieu et situé sous le pubis; les testicules sont à nu avec les cordons; on peut les enlever s'ils sont altérés. On introduit alors une sonde cannelée dans l'urèthre pour faire saillir le périnée et d'un coup de bistouri, on incise le canal largement en arrière du bulbe; puis on suture la muqueuse uréthrale à la peau. Il n'y a pas à se préoccuper du tronçon du canal étendu de la grande plaie opératoire à la boutonnière périnéale ; il est supprimé à tout jamais pour la miction. En dernier lieu, on ramène la face postérieure du scrotum en avant et on suture sur le pubis à la pointe de la raquette ; drainage, sutures. L'opération terminée, les testicules sont recouverts et il ne reste qu'une ligne de suture en A renversé. Le malade va uriner dorénavant par son périnée et sa plaie opératoire est dans des conditions excellentes d'antisepsie et de non récidive. Le malade qu'il a opéré a guéri en 8 jours sans pus et sans fièvre. Il urine en écartant les cuisses à la façon d'une femme.

14. — M. Trolard (Alger), adresse deux mémoires intitulés : 1° *Du rôle des Ecoles secondaires de Médecine;* 2° *Des différents traitements de la dipthérie.* Voici les principales conclusions de l'auteur : 1° Il propose : les Facultés de médecine conférant le grade de docteur, et celui de licencié en médecine; ce dernier titre peut-être acquis dans les écoles préparatoires. — Les concours d'agrégations, indépendamment du nombre de places nécessaires à assurer le recrutement du personnel enseignant des Facultés, comprendront un certain nombre de places d'agrégés des Ecoles préparatoires de médecine. Ces agrégés jouiront des avantages et prérogatives attachés aux places des agrégés des Facultés. — 2° A propos de la diphthérie, à l'avenir les praticiens, en publiant les succès obtenus par une médication quelconque, ne devront pas oublier de mentionner toutes les conditions particulières des cas observés.

15.—M. le Dr Vautrin (de Nancy), fait une communication sur un *kyste spermatique à forme rare du scrotum.* — On a coutume d'enseigner que les kystes spermatiques ont leur siège constant au voisinage de l'épididyme et du testicule. Il apporte une observation, qui prouve que les kystes peuvent se rencontrer sur le trajet du cordon, jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Il ne connait que deux observations semblables à la sienne : Celle de Laugier : thèse Marcé, Paris 1856, celle de Alide de Brunwick: thèse Deladrière, Paris 1879. Cette dernière est douteuse. M. le Dr Bardot : thèse Nancy, 1887, s'est aussi occupé de ce sujet. Après extirpation de deux tumeurs spermatiques chez un homme de 50 ans, il fit pratiquer par son collègue le Dr Baraban, un examen histologique détaillé des parois des deux kystes. On y reconnut la présence de trois couches: 1° une composée d'épithélium cylindrique à cils vibratiles; 2° une deuxième, formée de fibres musculaires lisses; 3° une autre de tissu conjonctif. Toutes ces parties étaient dissociées plus ou moins, par suite de la distension exagérée de la poche. Mais au voisinage du pédicule du kyste principal, on trouvait des canaux analogues comme structure à ce que nous venons de dire, pelotonnés sur eux-mêmes et en-

gaînés par du tissu conjonctif. Le petit kyste, isolé du premier et sans communications avec le canal déférent présentait une couche d'épithélium en voie de transformation mucoïde et graisseuse, avec des débris de spermatozoïdes. Notons que ces kystes étaient dans le tissu cellulaire du scrotum, en dehors de la vaginale, et séparés du cordon et de sa gaîne. Un pédicule rattachait cependant le grand kyste au cordon. 1° Les vasa aberrantia, seuls organes qui présentent la structure du canal déférent et communiquent avec lui, peuvent être multiples et dispersés sur la partie extra vaginale du canal excréteur. 2° Ces vasa aberrantia peuvent perdre toute communication, tout rapport avec le canal déférent et constituer des kystes isolés, dans lesquels un examen attentif pourra peut-être retrouver encore des restes de spermatozoïdes. 3° Les vasa aberrantia, qui représentent des débris du corps de Wolff, sont les organes où se forment les kystes spermatiques. 4° Il y a une grande analogie entre ces kystes et ceux qui se développent au voisinage de l'ovaire chez la femme. Je me propose de rapprocher ces variétés au point de vue pathogène. Le diagnostic des kystes spermatiques est difficile. J'ai fait moi-même erreur, en posant le diagnostic d'hydrocèle dans le cas précédent. C'est avec l'hydrocèle ou les kystes simples du cordon que le doute existera surtout. On peut faire une ponction exploratrice, mais ce peut être dangereux.

Ces kystes sont justiciables du même traitement que l'hydrocèle. Mais comme leur paroi est extrêmement fine et délicate, je craindrais d'injecter un liquide irritant, surtout dans le cas d'un kyste extravaginal. Il me semble préférable de pratiquer l'extirpation. Si le kyste est extravaginal, rien n'est plus facile. S'il est intravaginal, une incision préalable de la vaginale sera nécessaire, mais nous sommes habitués à ces opérations aujourd'hui, depuis que l'on cherche la cure radicale de l'hydrocèle et nous savons que ce mode de traitement, avec l'antisepsie, est exempt de tout danger.

M. Verneuil rappelle le fait qu'il a publié il y a 30 ans sur un cas type de dilatation kystique du canal déférent d'un chien. Les kystes spermatiques contenant toujours des spermatozoïdes, il faut que ces éléments y soient déjà ou y pénètrent. S'ils y pénètrent, c'est que le kyste, quelle que soit son origine, présente à un moment donné une communication avec le canal déférent. On ne peut pas admettre que les débris du corps de Wolff contiennent des spermatozoïdes primitivement. — Ces kystes spermatiques guérissent très bien et toujours par l'injection iodée, laquelle est simple et exempte de danger.

M. Vautrin fait remarquer que la théorie dite théorie de Verneuil ne peut absolument pas s'appliquer à son cas.

Elections. — M. le Pr Trélat (de Paris) est élu à l'unanimité président de la section des sciences médicales pour le Congrès de 1889 qui aura lieu à Paris. — M. le Dr Nicaise (de Paris) est maintenu dans ses fonctions de délégué de la section. — M. le Pr Potain (de Paris) est nommé membre de la commission des subventions pour la section de médecine.

Séance du mardi matin 3 *avril* 1888. — Présidence de MM. Cros et Grasset.

1. — M. Trolard (d'Alger) envoie deux notes au Congrès:

1° *Mesures prophylactiques contre la rage.* Il faudrait s'occuper davantage de ces mesures et à procéder, comme on le fait en Allemagne.

2° *Quarantaines maritimes; leurs inconvénients et mesures nouvelles destinées à les remplacer.* M. Trolard, reprenant une thèse soutenue déjà par lui à Grenoble, s'appuyant sur de nouveaux arguments tirés des conclusions adoptées aux Congrès de Washington et du Havre, montre l'inefficacité des quarantaines et la quasi impossibilité de les établir d'une façon utile. Pour les remplacer, il laisse entrevoir un projet grandiose et humanitaire, la destruction du berceau du choléra par l'assainissement de son foyer d'origine, « projet digne de faire surgir le de Lesseps du Gange. »

M. Voisin (de Paris) préconise le système anglais.

M. Mondot (d'Oran) montre comment les municipalités peuvent compromettre l'état sanitaire des villes en faisant faire des travaux sans l'intervention des médecins hygiénistes.

2. — M. Auguste Voisin (de Paris) a continué ses études sur le traitement des maladies mentales et nerveuses par la suggestion hypnotique. Voilà le résumé de ses observations: 1° Une folie hypémaniaque avec hallucination et idées de suicide; la maladie datait de deux mois et a guéri par un traitement de 15 jours. — 2° Une folie hypémaniaque avec agitation, impulsions violentes, qui a guéri en deux séances d'hypnotisme. — 3° Une hypochondriaque atteinte de nervosisme chronique datant de 8 ans, et de paralysie commençante qui a guéri en trois séances par le même traitement. — 4° Dipsomanie datant de 10 ans avec état mélancolique, guéri par la même méthode. En outre, M. Voisin a employé le sommeil hypnotique pendant la durée de l'époque cataméniale chez des aliénées agitées et turbulentes pendant cette période. Qu'importe que ces malades soient hystériques ou non? Il n'en est pas moins vrai qu'elles sont guéries et c'est le principal.

M. Grasset fait ressortir l'importance de la communication de M. Voisin. Les séances d'hypnotisme successives sont très à recommander; on obtient des résultats absolument étonnants. Dans les premières séances, il faut concentrer tout le pouvoir suggestif sur la détermination du sommeil. A propos de la guérison des hystériques par l'hypnotisme, M. Grasset cite le cas d'une malade atteinte de paralysie hystérique datant de six mois et qui n'avait qu'un bras de libre. En 48 heures, cette hystérique a été délivrée de sa paralysie d'une façon complète.

3. — M. le Pr Gross (de Nancy) rapporte l'histoire de deux *tumeurs bénignes situées dans la profondeur du creux de la main.* 1re *obs.*: Ostéome spongieux chez un jeune homme de 25 ans, profondément situé dans la main, Le néoplasme, sans connexion apparente avec le squelette, paraît rentrer dans ce que Virchow a appelé ostéome parostéique ou bien être une exostose épiphysaire, relié à l'os par quelques adhérences fibreuses. Il pourrait peut-être aussi être un ostéome de la gaîne synoviale tendineuse. Extirpation laborieuse à cause des tendons fléchisseurs. 2me *obs.*: Fibrome de la partie supérieure du creux de la main, situé au-dessus des artères et nerf cubital, en avant des tendons. Extirpation à travers la région hypothénar. — M. Gross présente quelques considérations de médecine opératoire sur l'extirpation des tumeurs profondes du creux de la main. Il y a un point d'élection pour atteindre ces tumeurs, en passant entre les tendons des 4e et 5e doigt et les faisceaux des branches terminales du nerf médian et cubital; pour les tumeurs situées vers la racine du creux, il conseille de les atteindre par une voie latérale, en traversant la région hypothénar.

4.— M. le Dr Duzéa (de Lyon) lit un travail sur la *conservation du périoste calcanéen dans les amputations de l'extrémité inférieure de la jambe.* Il y a longtemps que M. Ollier a proposé de conserver toute la loge périostique calcanéenne dans les amputations de l'extrémité inférieure de la jambe avec grand lambeaux talonnier plantaire. M. Duzéa a repris l'étude de cette question. Le grand lambeau talonnier postéro-inférieur doit être le lambeau de choix. Il faut enlever complètement le calcanéum, mais conserver avec le plus grand soin la loge périostique calcanéenne. Cette opération est simple et exige à peine un peu plus de temps que la simple décortication parostale. La contr'ouverture ou incision de décharge sera placée à la partie la plus déclive de la loge. On fera la section du tendon d'Achille et la suture des tendons extérieur à l'aponévrose plantaire; ces deux derniers temps font éviter le renversement du moignon en arrière. On appliquera une attelle plâtrée postérieure contentive recourbée en bas et en avant. Les avantages de ce procédé sont les suivants: Il n'y a pas d'hémorrhagies; on ne peut pas léser les nerfs ni les vaisseaux tibiaux postérieurs; les résultats éloignés sont excellents. Le raccourcissement du membre est le minimum possible. Le moignon est très solide; car il contient un os de nouvelle formation lequel est mobilisable.

M. le Dr Marchand (de Paris). — Les amputations ostéoplastiques donnent de très bons résultats dans les cas où il s'agit de lésions traumatiques. Quand on a affaire au contraire à des manifestations tuberculeuses, elles sont moins à recommander. Dans ces cas, il faut réséquer très largement; sans cela on s'expose à des récidives locales.

M. Duzéa répond qu'on peut respecter le périoste, même dans les cas de lésions tuberculeuses. Il suffit d'assurer le drainage d'une façon large, de faire certaines injections dans la

plaie pour détruire ce qui reste des fongosités périostales. Peu importe que le périoste soit malade ou non : il faut reséquer.

M. Spréafico (d'Oran) insiste sur les avantages de la conservation du périoste même malade. Le traitement consécutif modifie suffisamment le périoste, quelqu'enflammé qu'il soit lors de l'opération.

M. Sandras (d'Oran) présente un *modèle de M. Talrich pour l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie.* M. Talrich a montré déjà une photographie de ce modèle au Congrès de Nancy. M. Sandras montre le mécanisme de cet appareil.

L'ordre du jour étant épuisé, M. le Président déclare close la dix-septième session de la section des sciences médicales de l'Association française pour l'avancement des sciences.

A la séance solennelle qui a eu lieu le mardi 3 avril, à 4 heures, à Oran, les élections suivantes ont eu lieu : M. le Pr Cornu, du Muséum d'histoire naturelle de Paris, a été nommé président de l'Association française pour l'année 1889. M. Gobin, ingénieur, a été nommé vice-président. La ville de Limoges est celle qui a été choisie comme lieu de réunion pour l'année 1890. On sait qu'en 1889 le Congrès se réunira à Paris pendant l'Exposition.

Marcel Baudouin.

SECTION DE ZOOLOGIE.

M. Cazin décrit le *développement des glandes gastriques des oiseaux.*

M. R. Blanchard fait un exposé de la *faune helminthologique algérienne* et signale particulièrement certains parasites dont il y a lieu de redouter l'introduction en Algérie : telles sont la *Filaire de Médine*, la *Filaire du sang* et la *Bilharzie.* Ce qu'on sait des migrations des deux premières, ce qu'on suppose des migrations de la dernière, permet de penser qu'un jour ou l'autre ces redoutables parasites deviendront endémiques dans la colonie, soit que les caravanes revenant de La Mecque les amènent dans le pays où ils ne manqueraient pas de trouver les conditions favorables à leur développement, soit que la facilité plus grande des voyages et des transactions commerciales favorise leur introduction. C'est là un danger dont les pouvoirs publics ne sauraient se désintéresser et qu'il appartenait à l'helminthologie de signaler à son attention.

M. R. Blanchard présente encore des exemplaires et des préparations de *Cysticercus bovis*, larve du *Tænia saginata*, provenant d'un bœuf d'Egypte. Malgré la tendance actuelle à considérer le Ténia inerme, comme capable de se développer directement, il est certain que le Cysticerque de ce Cestode est très fréquent chez les bœufs d'Afrique. A Port-Saïd, le Dr Belleli l'a rencontré chez presque tous les bœufs qu'il a examinés.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 7 avril 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Dumontpallier présente le cerveau d'un individu qui, pendant la vie, avait des attaques d'épilepsie partielle limitées au côté gauche. A l'autopsie, on trouva une lésion tuberculeuse des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté droit, empiétant sur le lobule paracentral.

M. Brown-Séquard dit qu'on a aussi trouvé des lésions sans phénomènes localisés pendant la vie et *vice versa.*

M. Magnan communique à la Société le résultat de l'autopsie du lapin qu'il a présenté dans une séance antérieure. Chez cet animal qui était atteint de vertige avec tournoiement, l'autopsie faite par M. Gellé démontra qu'il existait seulement une lésion purulente de l'oreille moyenne sans participation de l'oreille interne.

M. Gellé, qui a eu l'occasion de faire trois autopsies de vertige de Menière, insiste sur ce fait capital suivant lui, qu'il suffit de l'altération de la caisse pour entraîner les phénomènes les plus accentués du vertige dit labyrinthique.

MM. Gilbert et Léon ont fait, au laboratoire de M. Pasteur, des recherches sur un microbe trouvé dans les végétations qui siégeaient sur les valvules cardiaques d'une femme morte d'endocardite infectieuse. Ce microbe existait également dans le sang et dans divers infarctus ; il put être facilement ensemencé et donna par inoculation lieu à des accidents rappelant anatomiquement les premiers observés, et de plus à une méningite spinale se traduisant uniquement par des lésions microscopiques. La malade portait à la lèvre supérieure une ulcération de nature indéterminée, mais elle était située extérieurement et ne pouvait être inoculée par les microbes existant normalement dans la salive.

MM. Sanson et Duclars ont entrepris, à l'Ecole de Grignon, des recherches desquelles il résulte que de tous les animaux de trait le mulet est celui qui est la meilleure machine motrice parce qu'il s'assimile le mieux la nourriture qui lui est fournie à poids égal d'animal.

M. Pouchet dépose une note de M. Buchet sur l'appareil tenseur de la membrane de l'aile des oiseaux.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 avril 1888. — Présidence de M. Hérard

M. J. Chatin présente un strongle trouvé dans les déjections d'un malade atteint de troubles gastro-intestinaux. Il s'agit d'un petit strongle mâle, le *strongle paradoxal.*

M. Diday (de Lyon) fait une communication sur l'*assainissement méthodique de la prostitution.* M. Diday admet, avec tout le monde, la prostitution fermée et la prostitution ouverte ; il pense cependant qu'on ne doit pas méconnaître la prostitution entr'ouverte, laquelle s'exerce dans les brasseries. Là il s'agit d'une organisation commerciale distincte, nécessitant une règlementation distincte. Qu'on applique donc l'inscription aux filles de brasseries; et, dès qu'on saura que le personnel de ces établissements est soumis à la visite policière, ce qui fait leur sécurité sera leur discrédit. Aussi, M. Diday voudrait que toute fille de brasserie, à réquisition, produisît un certificat de santé, datant d'un laps de temps dont la durée est à fixer, et délivré par un docteur en médecine. En cas d'inexécution, il pourrait être interdit, temporairement ou définitivement à son patron, d'avoir un service de filles dans son établissement.

M. Tardieu (du Mont-Dore) lit une note sur le *fluor dans les eaux du Mont-Dore.*

M. Peyraud (de Libourne) fait une communication sur *les rapports de la rage tanacétique et de la rage virulente ou vraie rage.* Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz, Gautier et Trasbot.

M. Worms fait une communication sur le *sucre de houille, la saccharine.* Ce médicament, on le sait, a été préconisé dans le traitement du diabète. Or, M. Worms pense que la saccharine ne doit être prescrite qu'en usant des plus grandes précautions. D'un autre côté, cette substance tend à être substituée au sucre dans une foule d'usages culinaires et industriels; cette tendance repose sur des intérêts économiques. Il importerait donc de savoir si la saccharine est digestible ou non.

M. Dujardin-Beaumetz n'a pas constaté d'accidents chez les individus qu'il a soumis à la saccharine. Les accidents signalés par M. Worms doivent tenir à l'impureté du produit, à son action antifermentescible, à la perméabilité ou à la non perméabilité du rein.

M. Constantin Paul n'a jamais observé d'accidents consécutifs à l'emploi de la saccharine ; il l'emploie mélangée à la soude, sous forme de petites tablettes de saccharine de soude.

A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Magitot revient sur l'opération faite par M. Quénu pour une hydropisie du sinus maxillaire. Il nie l'existence des hydropisies et des kystes du sinus, ces affections ne pouvant se

présenter dans une cavité ouverte. Il pense que M. Quénu a eu affaire à un catarrhe de l'antre d'Higmore.

M. Terrier rappelle que M. Quénu n'a fait que fermer un sinus sain anormalement ouvert.

M. Monod cherche la cause de l'œdème de la glotte dont est mort le malade dont M. Ducazal a envoyé l'observation à la Société, observation qui a été l'objet d'un rapport dans la dernière séance. Il s'agit d'un homme mort presque subitement d'asphyxie par œdème de la glotte, sans que l'on puisse incriminer une cause déterminée. M. Ducazals a trouvé une plaie du larynx, à l'autopsie ; mais M. Chauvel pense que cette plaie n'est qu'un coup de couteau mal donné pendant l'examen nécroscopique. M. Després fait remonter la cause des accidents à l'ouverture d'un petit abcès laryngien. M. Monod ne pense pas qu'il faille faire tant d'hypothèses : il existe des œdèmes aigus, spontanés de la glotte amenant rapidement la mort. Van Swieten, Trousseau, Laveran, Brouardel, Bar, etc., en ont rapporté des exemples.

M. Després reprend la discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen ; il considère qu'on ne pourra tracer aux chirurgiens une ligne de conduite générale qu'en analysant tous les cas qui se présenteront, qu'on soit ou non intervenu. Pour lui, il a dans ces sept dernières années vu sept plaies abdominales capables de soulever la question d'intervention. Deux de ses malades sont morts. L'un, homme de 46 ans, porteur d'une plaie par balle de revolver qui avait traversé l'estomac, le diaphragme et le poumon mourut d'une hémorrhagie provenant de la section d'une grosse artère du hile pulmonaire. Toute opération eut été inutile dans ce cas. L'autre, était un jeune homme qui reçut dans la région lombaire une balle de calibre 11. Le projectile traversa le rein et le côlon descendant. Le malade vécut trois jours, il eut d'abord des hématuries qui s'arrêtèrent, mais une péritonite éclata. L'autopsie prouva que cette complication n'était pas due à la lésion du gros intestin, car les tuniques de celui-ci avaient chevauché les unes sur les autres, amenant ainsi l'occlusion des plaies. Chez cinq autres blessés, M. Després s'est abstenu de toute intervention et les malades ont guéri, bien que l'un d'eux eut une plaie évidente de l'estomac et un autre un épanchement de sang dans l'estomac.

Au point de vue du diagnostic de plaie de l'intestin, M. Després attache une grande importance à l'état de stupeur que donne aux malades ce genre spécial de traumatismes.

M. Tillaux ne voit pas une règle de conduite nette se détacher de cette discussion. La majorité des membres de la Société semble se rallier à cette formule : intervenir dès l'apparition des moindres accidents. Mais que faut-il entendre par ces mots : les moindres accidents ? Les praticiens pourront les interprèter comme ils voudront. Il faut dans le cas présent être abstentionniste ou laparotomisateur dans tous les cas. M. Tillaux penche vers l'abstention, parce qu'il juge la laparotomie extrêmement grave lorsqu'il s'agit de plaies viscérales, parce que, lorsqu'on la pratique, on ne sait ce que l'on rencontrera, parce qu'enfin les malades peuvent guérir spontanément. Un exemple récent lui a montré que la laparotomie peut ne pas laisser découvrir des lésions avérées : un homme de 29 ans reçoit un coup de revolver qui pénètre dans l'abdomen par le dixième espace intercostal, immédiatement apparaissent des phénomènes très graves et le malade ne tarde pas à mourir. L'autopsie faite en simulant la laparotomie, que l'on avait hésité à exécuter sur le vivant, ne laisse voir, en dehors des lésions de péritonite, aucune blessure viscérale. Ce ne fut qu'après avoir retiré tous les organes abdominaux que l'on constata des lésions très graves de la rate et du rein gauche. L'intervention chirurgicale eut donc donné dans ce cas un résultat négatif.

M. Marc Sée rapporte les observations de deux malades atteints de plaies de l'estomac par balle de revolver, ce viscère étant à l'état de vacuité. L'un de ces malades guérit sans opération, l'autre, après s'être assez bien porté pendant six jours mourut très rapidement au bout de ce temps, emporté par des accidents d'infection putride dus à l'issue des gaz du tube digestif dans la cavité péritonéale. Ces observations prouvent qu'on ne saurait adopter de règle générale, puisque, avec abstention, des malades placés dans des conditions analogues peuvent survivre ou mourir.

M. Bouilly fait une très intéressante communication à propos de six extirpations des annexes de l'utérus pour salpingo-ovarite représentant la totalité des opérations qu'il a faites l'année dernière pour cette affection et toutes suivies de guérison. Ses malades avaient de 27 à 35 ans, des accidents puerpéraux avaient chez quatre d'entre elles causé la maladie. L'évolution avait toujours été lente, mais entrecoupée de périodes de douleurs et de périodes de repos. Mais, même pendant ces dernières, les malades avaient une pesanteur toute spéciale dans l'abdomen. Les crises douloureuses s'accompagnaient de fièvre, de vomissements, de ballonnement du ventre et parfois aussi de tuméfaction dans une fosse iliaque. La menstruation a été rarement influencée, mais les règles exaspéraient les symptômes douloureux. Dans plusieurs cas, des collections purulentes s'étaient ouvertes dans l'aîne, le rectum ou l'utérus. Souvent le caractère des patientes était profondément modifié : il était devenu irritable. On a noté dans toutes les observations une augmentation de volume du ventre surtout accusé, parfois, dans une fosse iliaque. La palpation permettait de sentir au niveau de cette région une tuméfaction limitée que l'on pouvait circonscrire en combinant le tendon vaginal à la palpation abdominale. L'utérus était mobile ou non, selon les cas Les culs-de-sacs vaginaux n'étaient jamais complétement comblés ; ils ont même été rencontrés tout-à-fait libres chez certaines malades. Le toucher rectal a parfois laissé sentir une fluctuation nette. Dans tous les cas, les annexes de l'utérus présentaient des lésions des deux côtés. M. Bouilly termine sa communication par quelques indications relatives au manuel opératoire et il rappelle que les résultats obtenus ont été absolument satisfaisants.

M. Isch Wall.

CORRESPONDANCE

Érythrophléine. — Anthrarobine. — Étiologie du carcinome.

Monsieur le Rédacteur,

Dans ma dernière lettre, j'ai eu l'occasion de vous entretenir du nouvel anesthésique local, l'*érythrophléine* : je vous avais fait pressentir qu'à des louanges exagérées, ne tarderaient pas à s'opposer des faits moins démonstratifs ; c'est en effet ce qui s'est passé. Plusieurs observateurs ont constaté de violents phénomènes d'irritation qui peuvent produire des lésions irréparables, à la suite de l'emploi de cette substance. La communication de l'oculiste G. Guttmann est surtout intéressante à cet égard, car cet auteur est convaincu que les phénomènes mentionnés ci-dessous ne permettront pas l'application du nouvel anesthésique à la thérapeutique ophthalmologique (1).

Le Dr P. Guttmann a, au contraire, obtenu dans ces derniers temps de bons résultats sur 15 malades ayant servi à 24 expériences isolées. L'action de l'*érythrophléine* a été utilisée chez 11 de ces malades, pour modifier des douleurs de causes diverses, en général d'ordre névralgique, et des phénomènes d'irritation chronique. Guttmann a employé des injections sous-cutanées avec des solutions à 1/1000 ou à 1/2000. Les 4 autres malades présentaient des plaies couvertes de granulations ; on leur a appliqué l'*érythrophléine* en badigeonnages. Les injections sous-cutanées ont eu un effet anesthésique très manifeste. Cet effet se montre au bout de 25 à 30 minutes, quelquefois plus tôt, rarement plus tard ; l'effet dure plusieurs heures quand on emploie les petites doses mentionnées plus haut. Aux doses de 1/2, 1, 2 milligrammes (cette dernière dose ne fut administrée qu'une seule fois), l'effet anesthésique dure 6 à 8 heures. Aucune injection, sur les 22 que Guttmann a faites n'a manqué son effet, ce qui a démontré péremptoirement à cet observateur que le médicament mérite toute considération. L'effet anesthésique se montre au bout de 25 minutes, à un moment où la sensation de cuisson qui suit l'injection n'a pas encore disparu, car cette sensation dure une heure et davantage, sans avoir rien de particulièrement désagréable ; la douleur est d'ailleurs masquée par l'hyperesthésie locale pour laquelle l'injection a été faite. En dehors de cette cuisson, Guttmann a constaté, dans 21 essais, 2 fois une infil-

(1) Voir le no 7, p. 139, et le no 14, p. 265.

tration des tissus dans le voisinage du lieu de l'injection, cette infiltration est d'ailleurs passagère et ne produit pas de phénomènes spéciaux.

Dans les cas de plaies en voie de cicatrisation, Guttmann a constaté qu'une dose d'un milligramme de substance active en application externe ne produisait pas d'anesthésie au bout d'une demi-heure ; il fallait une dose de 2 milligrammes pour voir se développer une certaine anesthésie. Dans les cas traités par la voie hypodermique, le lieu choisi pour l'injection ne présenta que dans deux cas une légère insensibilité; il y a analgésie, mais pas anesthésie cutanée vraie. Guttmann pense que le nouveau remède pourra être utilisé pour combattre des douleurs de cause variée, sans aucune appréhension. L'effet se montre en effet sûrement avec 1/2 milligramme en injection, et les douleurs les plus violentes sont au moins améliorées, sinon supprimées, avec une dose d'un 1/2 à 1 milligramme.

Le professeur *Liebreich* s'est, d'un autre côté, montré l'adversaire décidé de ces assertions ; il prouve qu'on a ici affaire à une série de faits contradictoires, qui s'expliquent cependant si l'on fait de l'érythrophléine un caustique, cela nous fait comprendre comment Lewin a pu, à la suite d'expériences peu probantes sur les animaux, faire du remède un anesthésique local, car il a observé sur des points circonscrits, au bout de 3/4 d'heure à 3 heures après l'opération un peu d'insensibilité. Sur la cornée, les phénomènes provoqués sont aussi loin d'avoir la netteté de ceux que nous présente l'action de la cocaïne. Il faut donc dire que l'on se trouve en présence d'un *caustique*, et non pas d'un anesthésique local. Une série de corps donnent des résultats analogues, et l'on s'explique ainsi facilement l'action thérapeutique de cette substance. Les observations du professeur *Schöler* nous démontrent que l'action de l'érythrophléine est en premier lieu irritante. Le professeur Schöler a cependant obscurci les données du problème en invoquant un trouble trophique, une inflammation neuro-paralytique, qui se manifesterait à la suite d'instillations d'érythrophléine. Cette action paralysante n'existe pas dans la réalité, car on observe uniquement une action caustique se développant lentement sur la cornée. La preuve de ce dernier fait se trouve dans l'expérience du Dr *Kœnigstein*, qui provoqua avec l'instillation d'une solution d'érythrophléine à 0,10 0/0, une conjonctivite aiguë avec opacités cornéennes légères ; ces phénomènes durèrent 24 heures. Le professeur von Reuss a aussi démontré que la cornée est d'abord cautérisée par le nouveau remède, et que cette action gagne peu à peu la profondeur des tissus. Liebreich lui-même a acquis, en faisant quelques expériences, la conviction absolue que l'anesthésie locale est ici la conséquence d'une sorte de cautérisation. Il serait donc dangereux d'adopter les conclusions de Schöller qui voudrait employer l'érythrophléine comme succédanée de la cocaïne, car la cautérisation est durable avec l'érythrophéine (voir la communication de l'ophthalmologue Guttmann, citée plus haut).

Il résulte de tout ce qui précède que *l'érythrophléine est bien inférieure à la cocaïne ; si l'on atteint des doses capables de provoquer l'anesthésie, on obtiendra une cautérisation, et si l'on reste au dessous de ces doses on n'obtient pas plus une cautérisation qu'une anesthésie.*

Je me permettrai ensuite d'attirer votre attention sur un nouveau médicament, qui a conquis une approbation unanime : il s'agit de l'*anthrarobine*, fabriqué par le chimiste *Liebermann* et expérimenté par le dermatologiste *Behrend* ; ce produit est appelé à remplacer la chrysarobine.

Le Pr Liebermann envoya en octobre au Dr *G. Behrend* une substance, voisine, quant à la composition chimique, de la chrysarobine ; il ajoutait que l'anthrarobine avait des effets analogues à ceux de sa congénère. Behrend a surtout fait ressortir le mode d'emploi, les résultats obtenus et les propriétés du nouveau remède.

L'anthrarobine constitue une poudre d'un blanc jaunâtre, à peu près couleur chamois, à gros grains, produit une irritation spéciale de la muqueuse nasale, se laissant facilement mélanger à de l'huile ; la pommade ainsi obtenue doit être longtemps frottée sur la peau au moment de l'emploi. L'anthrarobine est peu soluble dans l'eau, mais facilement soluble dans la glycérine à la température de 100° ; elle est encore plus soluble dans 10 0/0 d'alcool à la température ordinaire, et dans 5 0/0 d'alcool à l'ébullition. Behrend a adopté comme formules, une pommade de 10 à 20 0/0, une teinture à 10 0/0 et une solution glycérinée à 10 0/0. De cette façon, on n'observe jamais de phénomènes d'irritation, il n'y eut pas trace d'inflammation, ce qui arrive si souvent avec la chrysarobine. Behrend a utilisé cet agent thérapeutique pendant des semaines en applications sur la face, il en a surtout étendu sur les paupières sans obtenir le moindre gonflement. Le seul inconvénient consiste en une coloration jaune du visage que l'on peut faire cependant disparaître avec un lavage. La peau quelquefois prend une couleur brune qui est alors plus tenace. On observe en outre, le premier jour de l'emploi, un sentiment de cuisson qui dure de 1 à 2 heures, mais ce phénomène n'est pas bien intense, car les enfants eux-mêmes le supportent.

L'anthrarobine a été utilisée dans tous les cas justiciables de la chrysarobine. J. Neumann a obtenu de bons effets dans le psoriasis, l'herpès tonsurant, le pityriasis versicolor et l'eczéma marginé. Dans toutes ces affections, l'anthrarobine a été fort bien supportée : elle a été utilisée par Behrend dans 15 cas de psoriasis, 17 cas d'herpès tonsurant, 2 cas d'eczéma marginé et dans un cas de pityriasis versicolor. Dans les cas ci-dessus, la teinture alcoolique a eu plus d'efficacité que la pommade : un autre avantage de la teinture est celui de sécher rapidement, de sorte que le linge est moins maculé : les taches sont du reste en grande partie extirpées par un savonnage à la soude. La pommade et la teinture ont été frictionnées sur l'épiderme, la première au pinceau, la seconde avec un peu d'ouate : l'effet est plus grand, si avant l'emploi du remède, on fait des lavages ou frictions avec le savon mou de potasse ou l'esprit de savon vert. Les résultats obtenus sont satisfaisants, mais sont loin d'atteindre ceux que donne la chrysarobine, il ne faudrait pas se baser sur les effets obtenus avec cette dernière substance dans le traitement du psoriasis pour juger des effets de l'anthrarobine. Le progrès sur les anciennes méthodes est cependant évident, et l'action bien plus intense que celle de l'acide pyrogallique. Le traitement est plus long, qu'avec la chrysarobine, mais la tolérance de l'organisme si grande, que les patients qui avaient le choix ont préféré l'anthrarobine, parce que le médicament est fort bien supporté.

Sur tous les malades, trois sont encore en traitement et améliorés. Les autres sont sortis complètement guéris. Les malades atteints de psoriasis pour la première fois furent guéris avec 3 à 4 frictions, les psoriasis invétérés avec 6 à 10 frictions, et cela sans qu'il y eût trace d'inflammation quelconque. Pour l'herpès tonsurant, l'action est bien plus intense encore : tous les cas d'herpès de la barbe guérirent sans formation d'acné ou de pustule. Pour l'eczéma marginé ou érythrasma, on a, il y a peu de temps encore, discuté si cette affection était de nature parasitaire. Les auteurs modernes inclinent à admettre que cette affection est causée par un micro-organisme, mais la clinique et la marche de l'affection semblent prouver qu'il y a dans ces cas d'abord eczéma, puis prolifération microbienne sur les plaques : de cette façon l'affection prend alors un caractère parasitaire. La maladie est des plus tenaces, et Kaposi démontre qu'il faut plusieurs mois pour la guérir. Behrend a guéri des cas de ce genre en quelques jours avec la chrysarobine, ce qui l'a engagé à employer aussi l'anthrarobine. Deux cas traités avec cette dernière substance furent guéris après 10 à 12 frictions.

Dans le pityriasis versicolor, la chrysarobine est évidemment préférable ; et Behrend conclut de tout ce qui précède, que l'anthrarobine a une action plus faible que sa congénère mais qu'elle a quelques avantages, car on peut l'appliquer sur le visage sans craindre l'apparition de phénomènes irritatifs, et les malades supportent cette substance pendant des semaines et des mois : son action est enfin bien plus intense que celle de l'acide pyrogallique.

Le carcinome est dans ces derniers temps l'objet de nombreux commentaires, et je m'empresse de vous donner quelques détails sur l'*étiologie du carcinome*, telle que la comprend un médecin de Berlin, dans une communication originale et intéressante : il s'agit dans ce travail du soi-disant bacille du cancer découvert par le Dr *Scheurlen*.

Le Dr Senger fait valoir les objections suivantes : On est à notre époque, qu'on peut appeler l'époque étiologique de la médecine, fort enclin à faire du carcinome une maladie infectieuse, non épidémique : on admet qu'un agent extérieur s'introduit dans l'organisme et y prolifère. On donne les raisons suivantes en faveur de cette hypothèse : si l'on considère un cancer du sein par exemple, on est frappé du fait que l'infiltration suit les trajets lymphatiques, s'arrête un temps dans le creux axillaire, engorge là les ganglions et continue ensuite sa marche envahissante. Si au lieu du carcinome on considère le phlegmon, on retrouve le même ordre de propagation. Cette constance dans l'apparition et le développement des processus infectieux est très évidente.

Comme le phlegmon, le carcinome nous montre des métastases dans le foie, les poumons, etc. Il faut donc admettre que l'agent cancéreux circule dans le sang, fait des embolies et prolifère ensuite sur place.

Une autre raison semble plus péremptoire encore. On connaît bien des cas de carcinome, où la maladie a évolué avec de la fièvre, et a amené rapidement, en 4 à 6 semaines, la mort du malade ; à l'autopsie, on trouve des lésions tellement semblables à celles de la tuberculose miliaire aiguë, qu'un observateur inexpérimenté ne manque pas de prendre l'une des affections pour l'autre. L'agent infectieux existe donc, entre dans le torrent circulatoire et est transporté par ce dernier dans des régions variées de l'économie.

On connaît aussi des cas d'embolies multiples ayant exactement le même caractère, mais l'embolie cancéreuse est infectieuse, et constitue le centre d'une prolifération. On peut donc affirmer que l'agent cancéreux, qui n'est pas nécessairement bacillaire, doit offrir un diamètre plus faible que celui des capillaires pulmonaires, car une embolie dans diverses directions, ne peut s'expliquer qu'ainsi.

Le troisième argument est plutôt d'ordre chirurgical. Volkmann, qui a bien compris l'étiologie de ces tumeurs, a le premier fait remarquer que dans les fabriques de goudron et de paraffine, les ouvriers présentent des eczémas professionnels, au bout de quelque temps. Ces dermites disparaissent si les ouvriers (ils sont en général jeunes et robustes), changent de métier ; mais, dans certains cas, l'eczéma se transforme en psoriasis et présente des proliférations papillaires. Peu à peu, le tableau clinique change : on voit se développer sur différents points, surtout sur les membres, des cancers malins. Les processus hyperplasiques chroniques sont donc modifiés par un agent quelconque qui leur confère le caractère de malignité : cet agent doit avoir un rapport certain avec le goudron et la paraffine, car les lésions sont assez constantes et l'agent vient du dehors. L'organisme n'a pas été chimiquement modifié, la cellule reste intacte, et le poison carcinomateux envahit l'économie de dehors en dedans, ce qui en fait une substance infectante. Les cas déjà connus de carcinomes secondaires par contact, par envahissement d'organes voisins, etc., ne semblent pas suffisamment probants à Senger.

Les études anatomo-pathologiques nous permettent actuellement d'affirmer avec quelque certitude, que la cause du carcinome n'est pas un bacille dans le genre de ceux que nous avons appris à connaître. Les bacilles donnent lieu, il est vrai, à des processus exsudatifs, mais le carcimone ne donne jamais naissance qu'à des exsudats homologues à lui-même. Si un microorganisme envahit un point de l'économie, on verra naître un tubercule, constitué par un amas de cellules rondes et du tissu conjonctif proliféré, mais la néo-formation est toujours composée d'éléments normaux de l'organisme. Il n'en est pas du tout ainsi avec le carcinome. Les noyaux secondaires du cancer présentent exactement la structure cellulaire de la tumeur initiale, et on trouvera par exemple des cellules à éléments cornés dans les ganglions lymphatiques, etc. Il n'y a donc pas à admettre ici de bacille ou de micrococcus présentant les caractères distinctifs de ces organismes. Si plus tard les recherches bactériologiques prouvent que véritablement le carcinome est d'origine bacillaire, il faudrait absolument que ce bacille eût une certaine affinité pour le noyau ou le nucléole des cellules cancéreuses. Le mécanisme serait donc des plus compliqués, et l'étiologie du cancer d'espèce toute particulière.

Ces réflexions montrent combien il est ardu de faire des recherches étiologiques dans ce domaine, mais nous permettent d'entrevoir la voie à suivre. Aucun des travaux faits jusqu'à ce jour n'est exempt de défectuosités, et la critique n'a pas de peine à les combattre.

Tous les expérimentateurs ont eu des insuccès, à cause de la pyémie qui venait compliquer leurs résultats : ils ont tous inoculé des masses emboliques et obtenaient des tissus de néoformation compliqués. Les résultats positifs obtenus jadis par Langenbeck, qui inocula un cancer du sein d'une femme à un chien, n'ont pas grande valeur. Les dessins soumis à Virchow furent considérés par lui comme représentant des tumeurs cancéreuses comme on en rencontre chez le chien, mais non des tumeurs humaines implantées à l'animal et gardant leur caractère primitif.

Senger a inoculé à des lapins, des chiens, des souris, etc., des petits fragments de tissu cancéreux, grands comme des lentilles. Les fragments étaient placés sous la peau de l'animal avec des précautions antiseptiques minutieuses ; au bout de quelques jours, le néoplasme s'était fixé sur les tissus ambiants. La tumeur commençait alors à croître, atteignait la taille d'un haricot, puis diminuait à nouveau, mais restait agrandie légèrement : on l'excisait à ce moment avec le lambeau de peau qui lui servait de base. Le fragment examiné a toujours présenté au centre un point amorphe, et qui démontre que le carcinome était déjà en voie de résorption et que les cellules cancéreuses étaient en dégénérescence. L'agrandissement observé dans la petite tumeur n'est donc pas du fait de la prolifération des cellules cancéreuses qui ne peuvent arriver à franchir la barrière du tissu sain, mais provient bien au contraire de ce que les cellules rondes et les vaisseaux sanguins sont entrés dans le fragment de tumeur et le font ainsi gonfler. Il n'y a pas de prolifération indépendante du carcinome inoculé. Il faudrait sans doute s'adresser à une autre méthode d'expérimentation pour atteindre le but, choisir un stade précis de développement du cancer pour essayer une inoculation. Dans tous les cas, même si l'animal était placé à dessein dans de mauvaises conditions hygiéniques, le succès a fait défaut. Il semble évident qu'aussi longtemps que la question préalable de la possibilité d'inoculer le carcinome d'animal à animal, ou de l'homme à l'animal n'est pas résolue, les recherches bactériologiques ne peuvent conduire à aucun résultat.

Senger a en outre fait plus de 200 recherches bactériologiques avec dix fragments provenant de carcinomes variés : il a utilisé tous les milieux de culture connus en suivant scrupuleusement le procédé de Scheurlen. Les résultats ont été négatifs, et voici les conclusions de Senger : on ne peut, au moyen de toutes nos méthodes actuelles, arriver à cultiver dans des fragments de cancer une bactérie ou un coccus, qui ait un rapport quelconque, au point de vue étiologique, avec le carcinome. Il n'est pas nécessaire, pour trouver des bactéries, de croire que le manque de soins a introduit ces dernières dans les tumeurs ; il est connu que les microbes s'introduisent dans les conduits galactophores et peuvent ainsi envahir l'organisme. Senger prétend que le bacille isolé, cultivé et décrit par Scheurlen n'est qu'un bacille de la pomme de terre, complètement inoffensif. Les bacilles de la pomme de terre, qui, jusqu'à ce jour n'ont pas été étudiés avec soin, se trouvent accidentellement sur cette solanée et n'ont rien de pathogène. Ces bacilles croissent sur les pommes de terre en formant une pellicule ondulée, avec des rides ; ils liquéfient la gélatine et forment aussi sur elle une pellicule. Scheurlen a certainement été induit en erreur par cet inoffensif microbe.

L'étiologie du carcinome continue donc à être un but de recherches, mais la voie à suivre n'est pas même trouvée encore.

Berlin, 26 mars 1888. Dr Léop. CASPER.

HOSPICE DE SAINT-CLOUD. — On a inauguré, dit le *Petit Journal* du 10 avril, sur la route de Montretout à Garches, non loin du Haras de la Porte-Jaune, un asile de vieillards dû à la générosité des familles Albert Laval et Leléyard. Ce bel établissement comprend trois corps de bâtiment, deux en façade sur la route. Il peut contenir quarante vieillards des deux sexes. Il est admirablement aménagé et aéré ; l'administration en est confiée à la municipalité.

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

Le Stéthoscope du Docteur Reynal-O'Connor.

M. le professeur Germain Sée a présenté à l'Académie de Médecine mardi dernier, un nouveau stéthoscope du Dr Reynal-O'Connor, dont nous donnons ci-dessous la gravure. On connaît toutes les modifications qu'a subi le stéthoscope depuis l'heureuse application à l'auscultation de cet instrument par notre immortel Laënnec tels que les stéthoscopes cylindriques, les coniques, les fusiformes, les vibrateurs, les microphones, etc., mais il a fallu laisser de côté toutes ces inventions et se contenter du stéthoscope ordinaire; car les uns étaient très gênants et n'aidaient en rien à l'auscultation et les autres ne faisaient qu'affaiblir les sons par l'étroitesse de leur canal, ou par leur extrême longueur ou par la matière dont ils étaient fabriqués.

Le Dr Reynal-O'Connor tenant compte de la propriété des résonnateurs en physique et du renforcement qu'éprouvent les vibrations acoustiques, sans changer pour cela de timbre et de caractère quand elles passent par une série de renflements métalliques, a eu l'idée d'appliquer ces principes à la construction de son stéthoscope. Les expériences qu'il a faites au laboratoire de physique avec des diapasons de sons différents lui ont donné une notable augmentation d'intensité avec son stéthoscope. Cet instrument se compose de trois renflements

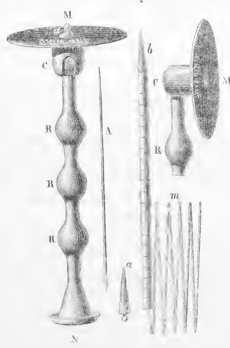


Fig. 48.

R. R. R. de forme ovoïde placés bout à bout dans un cylindre métallique. Ces résonnateurs sont d'une très faible épaisseur et faits avec une lame de métal appropriée. A la partie supérieure il existe une ampoule ou cloche *C* métallique qui sert à concentrer les vibrations. L'extrémité *N* est évasée pour éviter de blesser les tissus quand on applique le stéthoscope sur le ventre pendant la grossesse ou quand on désire presser les vaisseaux dans les cas de souffles, etc. etc.

L'extrémité supérieure ou auriculaire peut s'incliner et tourner dans la cloche et la plaque *M* prendre la direction verticale comme il est indiqué à la droite de la gravure afin de permettre l'auscultation sans appuyer la tête verticalement et, par conséquent, éviter la congestion de l'oreille comme il arrive dans certains cas. De plus, le Dr Reynal-O'Connor s'inspirant des conseils de M. le professeur Potain qu'il faut toujours limiter la surface du cœur et mesurer la voussure de la cage thoracique dans les d'inflammation des séreuses, il a joint un crayon en métal de 10 centimètres de long, et divisé en centimètres et ayant à ses deux extrémités deux portes-mine dermographiques; l'une *b* de couleur bleue et l'autre *a* de couleur rouge et dans l'intérieur du crayon il a mis un mètre *M* en acier et une aiguille *A* pour l'examen de la sensibilité du malade. Tout ceci est enfermé dans le crayon que l'on introduit dans l'intérieur du stéthoscope, en vissant l'extrémité a du crayon dans le trou auriculaire comme l'indique la figure à gauche du dessin.

Cet instrument présente, comme disait le professeur G. Sée, un réel avantage au point de vue acoustique et celui de permettre l'auscultation sans incliner la tête et éviter ainsi les congestions du tympan et il renferme ses accessoires utiles tels que crayon bleu et rouge, aiguille et mètre que bien des fois on égare ou on oublie parce que on les porte habituellement séparés.

BIBLIOGRAPHIE

Contribution à l'étude du tissu érectile des fosses nasales; par L. Arviset. — Lyon, 1887.

L'on sait qu'il existe de véritables corps caverneux sur le cornet inférieur, sur le bord du cornet moyen et à l'extrémité postérieure des cornets. Les recherches entreprises surtout en Autriche par M. Zuckerkändl ont été vérifiées par MM. Isch-Wall, Arviset, en France. Ce dernier en a fait l'objet de sa thèse dans laquelle il étudie d'abord l'anatomie des fosses nasales et principalement leur circulation veineuse. Il passe successivement en revue la muqueuse nasale du triton, de la tortue, du tatou, du chevreuil, du chameau, du lapin, du rat, du mouton, du porc, du chat, de la taupe et de l'homme. Le tissu érectile semble plus développé chez les animaux vivant à l'état sauvage que chez les animaux domestiques. Chez l'homme, il est situé sur l'épithélium; il pénètre même jusqu'au squelette. Les mailles de ce tissu sont étroites à la superficie et larges dans les parties profondes. Dans le deuxième chapitre consacré à la physiologie, l'auteur dit que la turgescence du tissu érectile peut se produire sous l'influence d'excitations directes : odeurs culinaires, médicamenteuses, etc. Il s'étend sur les relations entre les fonctions génitales et le gonflement du tissu érectile des fosses nasales. M. Arviset croit avec quelques auteur, J. Mackenzie entre autres, qu'il existe au niveau des corps caverneux des cornets une zone sensitive dont l'excitation produit une toux réflexe, mais nous l'avons démontré, cette zone n'est pas limitée à ces parties. Dans le troisième chapitre, l'auteur étudie l'origine de certaines épistaxies qu'il attribue à la turgescence trop forte du tissu érectile recouvert d'une muqueuse réduite à son épithélium. Un grand nombre d'épistaxies spontanées, pléthuriques et supplémentaires sont dus à des perforations des corps caverneux des fosses nasales sous l'influence d'une augmentation de tension dans les vaisseaux de la tête. M. Arviset termine son travail par un court exposé des accidents que les auteurs *allemands* imputent à la turgescence des corps caverneux des fosses nasales. Pourquoi oublier les Français, les Italiens, les Anglais et les Américains, à l'exception de John Mackensie.

J. Baratoux.

Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou; par le Dr Paul Gaudin. — Thèse de Paris. — A. Delahaye et Lecrosnier, 1887. — 1 broch., 70 pages.

L'auteur recherche la pathogénie des troubles nerveux qui apparaissent le lendemain ou le surlendemain de l'accident. Il rejette l'hypothèse des brûlures internes d'après laquelle la flamme pénètre dans les bronches et les brûle. Il n'admet pas non plus la théorie d'après laquelle les symptômes observés tiendraient à une commotion des parties supérieures de la moelle, à une sorte de fulguration. Enfin il élimine également l'explication qui fait intervenir l'asphyxie par les gaz méphitiques et par l'oxyde de carbone. D'après M. Gaudin, le mineur, lors d'une explosion de feu grisou, subit une compression et une décompression brusque; la pression qu'il supporte varie de 6 à 7 atmosphères. Les accidents nerveux consécutifs paraissent dus à cette cause : ils semblent déterminés par des embolies gazeuzes ralentissant le cours du sang et amenant aussi un ralentissement aigu de la nutrition des éléments anatomiques. Ce ralentissement aigu de la nutrition devient cliniquement apparent par les symptômes d'asphyxie dès qu'il touche les éléments nerveux du bulbe. M. Gaudin assimile ainsi les phénomènes consécutifs au grisou aux troubles que Paul Bert

a si bien décrits comme succédant aux variations de la pression barométrique. Mais cette assimilation ne pourra être véritablement justifiée que le jour où elle reposera sur des observations minutieuses et sur des expériences irréfutables P. L.

VARIA

Ecole de médecine de Reims : Nomination irrégulière.

Il vient de se passer à Reims un fait contre lequel nous croyons devoir protester. La chaire de pathologie externe étant devenue vacante à la suite du décès de M. le Dr Gentilhomme, l'Ecole de Médecine a fait selon les règles une présentation. M. le Dr Lévêque, professeur suppléant des chaires de chirurgie, nommé au concours et faisant à ce titre depuis plusieurs années des cours très appréciés des élèves, était désigné par l'unanimité des professeurs. Le ministère a cru bon de ne tenir aucun compte de cette présentation et de charger du cours un jeune homme, le Dr E. Doyen, qui était chef des travaux anatomiques. Nous ne voulons pas rechercher comment il se fait que les personnes les mieux placées pour juger des intérêts de l'Ecole de Reims n'aient pas été écoutées ni établir un parallèle entre les titres des candidats.

Les intentions du Ministère sont sans doute excellentes. La microbiologie ouvrant aujourd'hui toutes les portes, il fallait sans doute un microbiologiste pour enseigner l'histoire des fractures et des luxations, la cure des hernies et le diagnostic rigoureux des tumeurs abdominales. Mais le candidat si pressé, n'eût-il pas pu attendre un peu et par exemple concourir à la suppléance de la chaire en question, ce qui lui eût donné des droits pour l'avenir. Nous relevons ce fait pour deux raisons : d'abord, parce qu'en heurtant l'opinion réfléchie d'un corps aussi considérable et aussi bien connu au point de vue scientifique que l'Ecole de Médecine de Reims, on commet, tout en restant dans la légalité, une grosse faute, parce qu'on compromet le recrutement du personnel, des démissions pouvant se produire et les candidatures à la suppléance devenant impossibles du jour où l'on saura qu'il est plus simple de se faire nommer par voie directe ; ensuite parce que s'il est bon de tenir compte de certains titres, comme par exemple celui d'interne des hôpitaux que possède M. Doyen, il ne serait que juste de tenir compte aussi de l'énergie de ceux qui n'ayant pas eu dès le début toutes facilités d'étude ont su, par un travail soutenu, s'élever de l'officiat de santé au doctorat en médecine et du doctorat au titre mérité après concours, de professeur suppléant dans une école de médecine. Nous n'ajouterons qu'un mot : Le Dr Lévêque qui remplissait toutes ces conditions avait un titre de plus et celui-là est un titre scientifique, il avait le premier à Reims, alors qu'on éprouvait à cela certaines difficultés, introduit simplement, sans le crier bien haut, les méthodes antiseptiques dans la chirurgie hospitalière.

Banquet de l'Internat en médecine.

Le banquet annuel de l'Internat a eu lieu le samedi 7 avril au Grand-Hôtel ; 130 convives jeunes ou vieux ont fêté joyeusement le bon temps présent ou les beaux jours passés. M. Hardy, président de la fête, était entouré de MM. Diday (de Lyon), Polaillon, A. Robin, G. Ballet, Th. Anger, Richelot, Magnan, Lucas-Championnière, Horteloup, Hallopeau, Joffroy, Sevestre, etc. Au dessert, les toasts d'usage ont été portés par MM. Guillemin, premier interne de l'année dernière, Girod, médaille d'or, Diday (de Lyon). M. Richelot a souhaité la bienvenue aux collègues de province, venus pour assister au banquet. Enfin, M. Hardy a bu à l'Internat et a rappelé au souvenir de tous, les noms des anciens internes morts dans le courant de l'année : Gosselin, Vulpian, Bernutz, Martineau, Liouville, Legendre, Chausit, Constantin James, etc. Les Internes ont également perdu cette année leur doyen, M. Rousseau, arrivé premier au concours en 1815 ; la place de vétéran appartient maintenant à M. Ricard nommé en 1822.

Dans la journée, l'*Association des Internes et Anciens Internes des Hôpitaux de Paris* avait tenu son assemblée générale dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique. Nous signalerons parmi les déterminations prises, celle qui convie les membres du bureau à faire des démarches auprès de l'Administration pour obtenir, que le nombre de places d'interne titulaire données chaque année au concours soit limité et annoncé officiellement avant le commencement des épreuves (1). Le renouvellement partiel du Comité de l'Association a amené l'élection de MM. Brouardel, Bouchard, Sébileau et Tillot.

La médecine arabe en Algérie

M. le Dr Longo, dans un intéressant article publié dans la *Revue de l'Afrique française*, nous donne de curieux renseignements sur la médecine arabe, autrefois si vantée, et tombée complètement aujourd'hui dans le charlatanisme. Actuellement, en laissant de côté les Arabes qui s'instruisent à nos écoles, il existe certains industriels qui, sous le nom de *toubibs*, mettent en avant, pour guérir leurs clients, les vieilles pratiques de la sorcellerie. Mais parmi ces toubibs, il en est qui jouissent, auprès des populations, d'une grande renommée, se promenant de tribu en tribu et vendant des drogues ; ils pratiquent même les opérations les plus graves (trépanation, énucléation de l'œil, etc.) Il y a aussi des *toubibs sédentaires* dont la vogue est également considérable, même parmi les Européens ; ils pratiquent surtout la chirurgie et, comme le dit M. Longo, ils excellent à guérir les maladies qui doivent guérir seules. Ignorants de l'anatomie, de la thérapeutique et de la pathologie, ils se livrent néanmoins à tout et avec la plus grande désinvolture. En somme, de cette médecine arabe jadis si florissante, il ne reste plus rien. M. Longo termine son travail par une curieuse anecdote : « Il existe aux environs d'Alger, près du Frais-Vallon, un toubib renommé. Des gens considérés comme intelligents vont le trouver fréquemment. Il y a quelques années, un général français ayant commandé devant l'ennemi en 1870, est allé le voir souvent pendant un séjour qu'il fit à Alger. Ce général ne fut pas guéri ; néanmoins, ce fut une réclame colossale pour le toubib, qui en profita pour augmenter le prix de ses consultations. » Ce fait malheureusement n'est pas commun qu'en Algérie, et Paris à lui seul compte probablement plus de toubibs sans diplôme, que l'Algérie tout entière et que les gens réputés intelligents vont aussi consulter. Albin R.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 16. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Marc Sée, Jalaguier, Reynier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Straus, Rémy, Second ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Reclus, Chauffard.

MARDI 17. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Mathias-Duval, Poirier, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Cornil, Schwartz, Maygrier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Richet, Charpentier, Peyrot ; — (1re partie) : MM. Ball, Proust, Hutinel.

MERCREDI 18. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Guyon, Rémy, Reynier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, A. Robin, Déjérine. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Budin, Reclus. — 4e *de Doctorat* : MM. Damaschino, Ollivier, Raymond.

JEUDI 19. — (Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Polaillon, Peyrot, Brun. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Joffroy, Quinquaud. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Cornil, Dieulafoy, Hanot.

VENDREDI 20. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Marc Sée, Delens, Kirmisson. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Segond. — 5e *de Doctorat* (2e partie) (Charité) (1re *Série*) MM. Damaschino, Landouzy, Déjérine ; — (2e *Série*) : MM. Potain, Raymond, A. Robin.

SAMEDI 21. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Duplay, Bouilly, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Quenu. — 4e *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Cornil, Troisier. — 5e *de Doctorat* (1er partie) (Hotel-Dieu) : MM. Panas, Campenon, Maygrier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 18. — M. Monprofit. Salpingites et ovarites. — M. Beaudonnet. Spermatogenèse dans l'oblitération de la vaginale. — *Jeudi* 19. — M. Brossier. Des abcès du foie expectorés. — M. Lefèvre. De la révulsion dans les troubles médullaires *à frigore*. — M. Versepuy. De la périmétrite et son traitement.

(1) Il s'agit là d'une proposition que nous examinerons prochainement et nous montrerons sans peine qu'elle n'est ni pratique, ni scientifique, ni libérale (B.).

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 1er avril 1888 au samedi 7 avril 1888, les naissances ont été au nombre de 1117, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 405 ; illégitimes, 184. Total. 589. — *Sexe féminin :* légitimes, 374 ; illégitimes, 154. Total, 528.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 1er avril 1887 au samedi 7 avril 1888, les décès ont été au nombre de 1174, savoir : 645 hommes et 529 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 9, F. 8. T. 17. — Variole : M. 3, F. 3, T. 6. — Rougeole : M. 4, F. 5. T. 9. — Scarlatine : M. 2, F. 3, T. 5. — Coqueluche : M. 0, F. 4. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 24 F. 19, T. 43. —Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phtisie pulmonaire : M. 135, F. 76. T. 211. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 9. T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 8. T. 10.— Tumeurs malignes : M. 13, F. 22. T. 35. — Méningite simple : M. 27, F. 21. T. 48. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 33, F. 19. T. 52. — Paralysie : M. 2, F. 4 T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 9 T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 27, F. 44. T. 71. — Bronchite aiguë : M. 26, F. 18 T. 44. — Bronchite chronique : M. 31, F. 22. T. 53. — Broncho-Pneumonie : M. 15, F. 25. T. 40. — Pneumonie M. 38, F. 38. T. 76. — Gastro-entérite, biberon : M. 21, F. 13. T. 34. — Gastro-entérite, sein : M. 8, F. 8. T. 16 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 3. T. 7.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. – Débilité congénitale et vices de conformation : M. 11, F. 13, T. 24. — Sénilité : M. 22, F. 21. T. 43. — Suicides : M. 18, F. 2 T. 20.— Autres morts violentes : M. 16 F. 3. T. 19. — Autres causes de mort : M. 123 F. 102. T. 225. — Causes restées inconnues : M. 8 F. 1. T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 96, qui se décomposent ainsi : Sexe *masculin :* légitimes, 31, illégitimes, 21. Total : 52 — *Sexe féminin :* légitimes, 26 ; illégitimes, 18. Total : 44.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. PARMENTIER, interne des hôpitaux, est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique à ladite Faculté, en remplacement de M. Clado, appelé à d'autres fonctions

Cours de Pathologie expérimentale et comparée. M. le Pr STRAUS commencera son cours le mardi, 17 avril 1888, au grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de Pathologie expérimentale, à l'Ecole pratique, 1er étage.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. JOLY, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE. — M. TRACHET, docteur en médecine, est institué pour une période de trois ans, à dater du 1er avril 1888, chef de clinique obstétricale à ladite Faculté, en remplacement de M. Cochet, dont le temps d'exercice est expiré.

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE DE LA CHARITÉ DE BERLIN. — Nomination de M. Dührsen comme assistant chargé en même temps de l'enseignement des sages-femmes.

FACULTÉ DE PESTH. — Le Dr Karl LANFFENAUER, professeur de psychiatrie est nommé à la chaire de professeur à la Faculté de Pesth. Il était professeur extraordinaire de psychiatrie à la même Faculté.

UNIVERSITÉ DE GIESSEN. — La chaire d'hygiène et de médecine se trouve vaccante par suite de la retraite du professeur Wilbrand.

UNIVERSITÉ DE ZURICH.—M. Wyder (de Berlin), est appelé à la chaire de gynécologie, comme professeur.

NOMINATIONS. — M. LAULANIÉ, professeur à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, est nommé directeur de la même Ecole, en remplacement de M. BAILLET, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

LA RAGE EN ANGLETERRE. — D'après un discours de Ritchie, prononcé au Parlement anglais le 16 février dernier, le nombre des décès causés par la rage s'est élevé annuellement à 40 pendant les 10 dernières années. Cette moyenne est de 7 pour Londres pendant la même période (de 1878 à 1887). Le maximum des décès s'est produit en 1885 : 60 pour l'Angleterre, dont 27 pour la capitale. Le minimum a été observé l'année dernière, où on n'a constaté à Londres que 2 décès par hydrophobie. (*Paris médical.*)

ECLAIRAGE ÉLECTRIQUE. — On doit installer dans quelques jours la lumière électrique à la morgue de Milan (*Gazetta degli ospitali*).

NOUVEAU JOURNAL. — Nous venons de recevoir le premier numéro de « *The Brooklyn medical Journal* », édité par MM. Joseph H. Raymond, A. Hutchins, Joseph H. Hunts, Glentworth, H. R. Butler et F. D. Bailey.

NÉCROLOGIE. — La Faculté de médecine de Montpellier vient d'être frappé d'un second deuil. M. BOURDEL, professeur agrégé est mort la semaine dernière à l'âge de 67 ans. Né en 1821, M. Bourdel après de brillantes études médicales était reçu docteur en 1849. La même année, il était proclamé professeur agrégé dans la section d'anatomie et de physiologie où il débutait en remplaçant Lordat dans la chaire de physiologie. En 1879, il fondait sous le nom de *Policlinique* une série de cours libres qui eurent le plus grand succès. Il était président de l'Académie de Montpellier (section de médecine). Parmi ses travaux, on peut citer : *Dégénérescences de la région parotidienne* (thèse de doct.) ; *Etablir les rapports qui existent entre l'anatomie et la physiologie* (th. d'agrég.), 1849 ; — *de la Trachéotomie dans le croup* 1863 ; — *Expériences cliniques sur l'homme soumis à l'usage du vin plâtré,* 1888. — *L'Archivio Italiano per le malatie nervose* annonce la mort du Dr ROMOLO GRIFFINI, de Milan, qui se distingua comme patriote en 1848 et en 1859. Il s'était fait connaître comme journaliste habile en fondant la *Voce del popolo,* journal politique, et ensuite les *Annali Universali di medicina e di chirurgica.* Conseiller municipal et général, il s'occupa de l'Administration des orphelins. Il prit une part très active dans les travaux de différentes commissions et dirigea l'hôpital militaire de Saint-Lucas et ensuite l'hospice provincial. Tombé en disgrâce en 1883, il fut atteint bientôt après d'une cruelle maladie dont il vient de succomber, — On annonce la mort de M. TORRE, professeur d'accouchements à la Faculté de Madrid. — M. J. LEITGEB, professeur de botanique à l'Université de Graz (Styrie). — Le Dr GEVREY (J.-C.), médecin en chef des hôpitaux, des épidémies et des prisons à Vesoul. — Le Dr COSSERAT, de Padoux (Vosges). — Le Dr Arthur MÉZIÈRES. — Le Dr DE ROBERT DE LATOUR, de St-Cloud, décédé à l'âge de 86 ans. Le Dr de Robert de Latour a publié les travaux suivants : *Du mode d'action des saignées dans les phlegmasies* (1827) ; — *Qu'est-ce que l'inflammation ?* (1838). — *Expérience servant à démontrer que les animaux à sang froid ne sont pas susceptibles d'inflammation* (1842) ; ce travail a obtenu une mention honorable à l'Académie des sciences ; — *De la chaleur animale comme principe de l'inflammation et des enduits imperméables comme application du dogme* (1853) ; — *De la chaleur animale, éléments et mécanisme, destination physiologique et rôle pathologique,* etc. (1885). Le Dr de Latour avait été président de la Société de médecine de Paris. — La *Revista des ciencias medicas* de la Havane enregistre la mort d'un de ses plus brillants collaborateurs, le Dr G. ARAGON Y MUÑOZ. — Le Dr E. GOMEZ DEL CASTILLO, directeur de *El Protector de la Infancia,* et professeur à la Faculté de pharmacie de Barcelone.— Le Dr TOPOROW, de Moscou, mort à 85 ans. Il a professé à l'Université de cette ville de 1832 à 1860. — Le Dr A. LIPE, de Philadelphie, connu par son *Traité de matière médical,* très estimé.

Chronique des hôpitaux.

ASILE SAINTE-ANNE. — *Clinique des maladies mentales.* M. le Pr BALL reprendra son cours de clinique des maladies mentales, à l'Asile Sainte-Anne, le dimanche 15 avril 1888, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure,

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. HALLOPEAU commencera le jeudi 19 avril, à 10 heures du matin, dans la Salle n°3 du pavillon Bazin, ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII N° 16. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 21 AVRIL 1888

Le Progrès Médical

CLINIQUE MÉDICALE

Pleurite tuberculeuse propagée au pneumogastrique ;

Par M. **A. PILLIET**, interne des hôpitaux.

La carotide primitive gauche et le nerf pneumogastrique situé en dehors d'elle sont en rapport à la limite du cou et du thorax avec le cul-de-sac pleural supérieur (Sappey, Gray). Ce rapport ne paraît pas avoir, jusqu'ici, une grande importance clinique, pourtant on a cité les ulcérations du vaisseau du cou par tuberculose propagée et des hémorrhagies foudroyantes dans les caver-

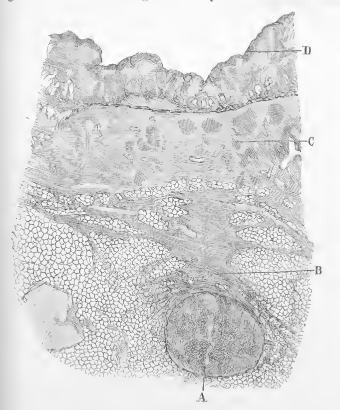


Fig. 49. — Nerf pneumogastrique englobé dans la paroi d'une caverne du sommet gauche. — Coupe dessinée à un très faible grossissement. — A. Nerf pneumogastrique dans un tissu lardacé. — B. Jetées fibreuses partant de la symphyse pleurale et rejoignant le tronc nerveux qu'elles englobent. — C. Symphyse pleurale parsemée de follicules tuberculeux. D. Paroi de la caverne du sommet droit doublée des restes du parenchyme pulmonaire.

nes. M. Fernet, en 1878, a attiré l'attention sur les rapports de la pneumonie lobaire avec la névrite du pneumogastrique supérieur. Dans le fait que nous rapportons ici, c'est d'une caverne du sommet gauche que partait le processus irritatif qui englobait le nerf.

Il s'agit d'une malade qui était entrée à la Maternité, dans le service de notre excellent maître M. Bouilly, pour une grossesse avancée au cours d'un épithélioma du col. Cette malade avait présenté une aphonie restée sans explication pendant la vie.

L'autopsie montra l'intégrité complète du larynx et un état normal des ganglions trachéo-bronchiques, mais l'examen histologique fit voir que le nerf vague du côté gauche était englobé dans un tissu scléreux de nouvelle formation dont l'origine était à la plèvre, irrité et épaissi au voisinage d'une caverne. Voici, du reste, les détails de l'observation dont nous devons les détails cliniques à notre collègue et ami J. Potocki, interne du service d'accouchements.

Observ. — *Grossesse de 7 mois. — Cancer du col de l'utérus — Tuberculose pulmonaire 3e période, Aphasie. — Pneumonie gastrique gauche englobé dans la zone externe d'une caverne du sommet.*

Mme Duc..., 39 ans, entrée à la Maternité (service de M. le Dr Tarnier, le 21 juin 1887.)

Mère morte à 32 ans, de fluxion de poitrine. — Père vivant, âgé de 72 ans, atteint d'un asthme. — Un frère bien portant. Ils n'ont été que 2 enfants. — Bonne santé habituelle. — A Paris depuis 17 ans. — A eu 5 enfants à terme, 4 sont encore vivants et bien portants ; les a tous nourris au sein. — A nourri encore 2 nourrissons.

Il y a 2 ans, fausse couche de 3 mois. Depuis 3 ou 4 ans, toux, un peu d'anhélation, hémoptysies qui ont cessé il y a 2 ans. Réglée normalement et sans aucune douleur, très régulièrement pendant jours, depuis l'âge de 14 ans. L'an dernier, menstruation normale, assure la malade ; a cependant eu un retard de 2 mois en août, puis les règles, dit-elle, sont venues régulièrement. Cette année, même chose en janvier et février. Le 6 mars à l'époque des règles, perte abondante qui s'est renouvelée à un mois d'intervalle, en avril et en mai, et a reparu au commencement de juin, mais beaucoup moins abondante ; perte d'eau rousse, ayant une odeur fétide, dans l'intervalle des pertes de sang. Depuis ces trois mois, amaigrissement rapide, faiblesse, pâleur, — ni douleurs de ventre, ni douleurs de rein.

En raison de ces pertes de sang qu'elle attribuait aux règles, cette femme ne se croyait pas enceinte. Cependant, voyant son ventre grossir et sentant les mouvements du fœtus en janvier, dit-elle, elle se crut enceinte, sans savoir à quelle époque faire remonter le début de sa grossesse. En raison de sa faiblesse, elle a été forcée de garder le lit pendant plusieurs jours avant son entrée à l'hôpital.

1887. 21 *juin. — Examen à l'entrée.* — Femme pâle, teint jaune paille, amaigrie, émaciée ; muqueuse des lèvres et des paupières absolument blanche ; langue humide, un peu chargée. La voix est rauque, voilée et légèrement bitonale quand la malade parle haut.

Examen obstétrical. — Ventre et utérus développés comme à 7 mois de grossesse, — ventre couvert de vergetures, souple. Utérus remontant à trois travers de doigt au dessus de l'ombilic, — ballotement céphalique au dessus du pubis. — Dos à droite et en avant. — Bruits du cœur normaux avec maximum à droite, par extension de l'utérus.

Au toucher, on trouve à 2 cent. déjà de la vulve, la face inférieure d'un gros champignon, cancéreux, qui a envahi tout le col. Cette face inférieure, irrégulière, inégale, mollasse, paraissait composée de bourgeons à peu près situés sur le même plan, de la grandeur de la paume de la main. En en faisant tout le tour, on voit que la portion vaginale du col émerge des culs-de-sacs vaginaux ; à droite, il y a 1 cent 1/2 de surface lisse en hauteur ; dans le cul-de-sac antérieur 1 cent. environ ; quant aux culs-de-sac postérieur et latéral gauche, l'insertion du vagin, et le vagin lui-même sont envahis jusqu'au cul-de-sac. Si on explore la périphérie du col, on la trouve partout remplacée par la néoformation, sauf à droite où le tissu du col parait sain, sous forme d'une petite bandelette de tissu de 1 cent, dans tous les sens et épaisse de 2 à 3 mill. En haut du cul-de-sac gauche, l'utérus contient un gros noyau induré, preuve

que la portion sus-vaginale, est, elle aussi, atteinte par la néoformation. La tête n'est pas accessible au toucher. Pas de douleur nette sur les parties latérales de l'utérus ou dans les fosses iliaques. Dans le pli de l'aîne gauche, il y a un ganglion gros comme une petite noix et douloureux, ce ganglion était beaucoup plus volumineux, il y a 3 mois. Pas d'œdème des membres inférieurs au moment de l'examen. La malade assure que le soir, quand elle a fatigué, il y a de l'œdème des malléoles. — Miction et défécation normales. Peu d'appétit.

Thorax. — Submatité aux deux sommets. Craquements humides et respiration soufflante au sommet gauche en avant, respiration rude à droite. En arrière, souffle au sommet droit, exagération de la toux, Submatité. Lésions paraissant moins avancées au sommet gauche.

En somme, tuberculose pulmonaire, grossesse de 7 mois. — Enfant vivant. Cancer du col de l'utérus, tant de la partie vaginale que de la portion sus-vaginale. — Cancer inopérable ayant déjà envahi le vagin. Probabilité pour accouchement impossible par les voies naturelles, puisque presque tout le canal cervical est atteint par le mal. Opération césarienne probable pour le terme de la grossesse, dans le seul but de sauver l'enfant, puisque la mère est perdue.

27 juin. — Perte de sang coagulé et liquide, la malade étant assise dans son fauteuil et dormant. Environ 300 gram. Injections chaudes. — Repos au lit. — Quelques coliques. — Le soir il n'y a plus d'hémorrhagie.

30 Juin. — Cette femme veut absolument quitter l'hôpital. Elle y revient le 19 juillet 1887. — Nous la trouvons le matin à la visite assise sur son lit, courbée en avant, pliée en deux, respirant avec une telle difficulté que l'idée d'une dyspnée urémique nous vient immédiatement à l'esprit. Sa faiblesse est extrême, quand on l'interroge, elle répond *d'une voix pénible, tout à fait éteinte*, et non plus voilée comme à son premier séjour. A l'auscultation, on retrouve les mêmes signes cavitaires qui ont été déjà notés. et en présence de ces manifestations tuberculeuses, on attribue l'extinction de voix à une poussée de tubercules vers le larynx, quoique la malade n'accuse aucune douleur de ce côté. On transfère la malade à la salle d'accouchements.

Pendant son séjour chez elle, elle a eu deux pertes très abondantes qui l'ont beaucoup fatiguée, aussi est-elle presque mourante quand on la couche, salle Lachapelle.

Pâleur effrayante. orthopnée, voix éteinte. Cette femme n'accuse pas de douleurs de ventre; mais en l'examinant, on constate qu'il survient régulièrement des contractions utérines et qu'au moment de ces contractions, il y a une légère douleur abdominale. L'enfant est mort, la malade ne le sent plus remuer depuis hier au soir.

Au toucher, mêmes signes qu'autrefois, mais un peu du col est perméable. Il a la forme d'une fente allongée d'avant en arrière dans laquelle on passe aisément le doigt qui arrive sur le sommet en *O. I. D. P.* Les membranes bombent légèrement à chaque contraction utérine. Il n'y a aucune intervention à faire, ni pour l'enfant puisqu'il est mort, ni pour la femme qui est mourante. Elle meurt, en effet, à 1 heure du matin le 20 juillet 1887.

Autopsie faite 36 heures après la mort : Cadavre en parfait état de conservation. A l'ouverture du ventre, on voit l'utérus un peu dévié à gauche. Sa face antérieure est libre, son bord droit est longé par le cœcum et quelques anses de l'intestin grêle qui se continuent sur son fond ; son bord gauche est longé très en arrière par le colon ascendant, l'S iliaque qui plonge dans l'excavation en arrière de l'utérus et à gauche du promontoire.

Nous constatons à gauche un paquet de ganglions engorgés du volume d'un œuf de poule, accolé à la paroi latérale gauche de l'excavation, immédiatement au-dessous de la ligne innominée; on ne retrouve pas de ganglions semblables, ni au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche, ni dans la chaîne lombaire. Pas de ganglions à droite.

Annexes du côté droit. — La trompe est saine, hypertrophiée, allongée ; elle mesure 17 centimètres. L'ovaire droit est sain.

Annexes du côté gauche. — La trompe mesure 25 centimètres, elle est saine ; son allongement considérable provient de ce fait qu'elle contourne partiellement un kyste de l'ovaire gauche. Ce kyste pyriforme a 10 centimètres, dans son plus grand diamètre il n'est pas distendu ; on sent, à travers ses parois, des indurations, des noyaux résistants qui sont probablement de petits kystes secondaires. D'une façon générale, ce kyste est cependant uniloculaire. Il est développé aux dépens de l'extrémité externe de l'ovaire. L'ovaire gauche, lui-même, n'offre d'autre particularité que le corps jaune de la grossesse, du volume d'une noisette et dont le centre est transformé en une cavité hystique contenant un liquide citrin.

C'est à l'insertion du ligament de l'ovaire gauche que semble correspondre le centre du placenta. La présence du placenta a provoqué un développement considérable des vaisseaux utéro-ovariens gauches, aussi voit-on au-dessous de l'ovaire et de la trompe gauches deux grosses veines pleines de sang ayant chacune le volume du petit doigt et qui vont se perdre dans l'utérus. A droite les vaisseaux ont un volume normal.

Portion vaginale du col, vagin. Le col de l'utérus est occupé par d'énormes masses encéphaloïdes présentant de grosses saillies en choux-fleurs. L'oblitération du canal est portée à un tel degré que l'accouchement eut été impossible. Le fœtus est du sexe féminin, légèrement macéré aux jambes.

Viscères abdominaux. — Le foie volumineux pèse 1830 gr., sa surface est lisse, sa coloration jaunâtre. Il est comme farci de petites granulations disséminées dans toute sa substance, aussi bien à sa surface qu'à l'intérieur ; granulations gris jaunâtre, homogènes, ressemblant à des granulations tuberculeuses.

Rate un peu ramollie, pèse 230 gr. ; les reins ensemble 390 gr. ; le rein droit est blanc sur toute son étendue; le rein gauche n'est qu'en partie atteint de néphrite parenchymateuse.

Viscères thoraciques. — Les deux poumons pèsent ensemble 1340 gr. : le poumon gauche est adhérent sur la plus grande partie de son étendue, mais surtout au sommet. A la coupe, on voit au sommet gauche, une caverne du volume d'une mandarine presque vide de liquide, à paroi dure, contenant de la matière caséeuse ; autour de cette caverne, il y a quelques masses caséeuses du volume d'un haricot et quelques granulations tuberculeuses. Les lésions sont moins avancées à droite où il n'y a pas de cavernes et où on observe simplement quelques granulations tuberculeuses. Il y a aussi aux deux sommets des cicatrices et des bandes de tissu fibreux, indices de la guérison d'une tuberculose ancienne. On ne remarque rien aux ganglions trachéo-bronchiques. Œdème des membres inférieurs.

Le larynx ouvert et examiné avec soin *n'offre aucune espèce d'altération.* L'aphonie observée pendant la vie, s'expliquerait par le fait que la caverne du sommet gauche située à la partie la plus interne de ce sommet gauche venait en contact de la carotide primitive gauche, de l'œsophage et de la trachée, et par conséquent du nerf récurrent gauche qui était comprimé ou altéré.

Le cœur est hypertrophié comme chez une femme enceinte et un peu gros ; il pèse 480 gr., sa cavité contient des caillots cruoriques. L'encéphale pèse 1370 gr., il est pâle, ne présente aucune particularité.

Examen histologique. — Nous avons vu qu'à l'autopsie il existait des adhérences au poumon gauche et une caverne à son sommet. Dans les efforts qu'on fit pour détruire ces adhérences anciennes et solides, et pour enlever l'organe, le sommet de la caverne se déchira, et, un chapeau de tissu pulmonaire, tapissé à sa face interne par la membrane pyogénique de l'excavation, resta adhérent au cul-de-sac supérieur de la plèvre. Nous avons enlevé ce chapeau en rasant les os, et en conservant le plus de tissus possible, adhérents à sa face externe. C'étaient, en dehors une partie des muscles intercostaux, pâles et maigres, et, en dedans, une portion de tissu lardacé qui venait immédiatement au contact de l'artère carotide, primitive de laquelle on le détacha au scalpel. Ce rapport frappa même vivement à ce temps de l'autopsie.

Les coupes pratiquées dans ce fragment, montrèrent la présence d'un tronc nerveux qui restait à déterminer : composé en grande partie de fibres de Remak et de cellules nerveuses, il pouvait être confondu avec le ganglion cervical inférieur du grand sympathique qui s'étale dans les mêmes régions ; mais

ce tronc qui, sur les coupes, a le volume du pneumogastrique normal, est régulièrement circulaire, et se continue ainsi sur une longueur de 1 cent. 1/2 dans le morceau coupé, sans émettre de branches. Les dimensions sont bien supérieures à celles du récurrent.

Ses caractères joints au voisinage médiat de la carotide, excluent l'idée d'un ganglion sympathique qui est aplati, à branches multiples, irrégulier dans son contour et accolé aux artères.

Précisons, d'après les coupes, les rapports de ce tronc nerveux avec le tissu de sclérose : Nous trouvons sur les coupes, d'abord la paroi bourgeonnante de la caverne, doublée de quelques alvéoles atélectasiées, puis vient la symphyse de la plèvre dont les deux feuillets sont réunis par une néomembrane inondée d'une véritable nappe de follicules tuberculeux. C'est en dehors de cette zone, que se trouve le nerf plongé dans un tissu lardacé et rattaché à la plèvre par des tractus épais. Revenons sur ces points. Dans la paroi de la caverne, nous trouvons une couche superficielle de tissu mortifié, recouvrant des bourgeons charnus, infiltrés de cellules embryonnaires et contenant un certain nombre de follicules tuberculeux isolés. Au dessous, on retrouve dans quelques points le tissu pulmonaire, sous forme d'alvéoles à parois très épaissies, seléreuses, chargées d'anthracose, à cavité irrégulière et réduite. C'est à la limite de ces alvéoles que commence la plèvre viscérale nettement définie de ce côté par la trame élastique du poumon. Les deux plèvres, sont d'ailleurs soudées et ne forment plus qu'une seule nappe de tissu fibroïde, à faisceaux conjonctifs ondulés, à cellules fusiformes et étoilées abondantes à artérioles larges. Dans ce tissu existent un grand nombre de follicules tuberculeux, composés surtout de cellules embryonnaires, qui font de ces néomembranes un véritable nid à tubercules, Il y a donc une première rangée de follicules doublant la caverne, une seconde occupant la plèvre. C'est de la partie externe de cette zone que partent les jetées qui vont entourer le nerf. Celles-ci, traversent un tissu cellulo-adipeux lardacé ; elles sont composées de bandes de tissu conjonctif très abondantes en cellules, et contiennent un certain nombre d'artérioles et de veinules, autour desquelles existe une infiltration embryonnaire de moyenne intensité, mais sans follicules complets. On n'a donc, sur les points où ont porté les coupes, qu'une infiltration diffuse. Pourtant, à une certaine distance du nerf se trouve un ganglion lymphatique microscopique, envahi par la tuberculose. — La gaîne du nerf, n'est pas rompue.

Dans son intérieur, les cellules glanglionnaires sont pigmentées, les fibres de Remak très abondantes, se présentent avec leurs noyaux, les tubes à myéline, avec leurs cylindres d'axe, qui se colorent.

Il n'y a pas d'amas embryonnaires visibles dans l'intérieur du nerf qui parait n'être qu'enclavé dans les jetées fibreuses, sans participer directement à l'inflammation spécifique ; mais on sait que la simple compression des nerfs suffit pour produire dse troubles dynamiques persistants. Quenu n'a pas non plus trouvé de lésions dans les nerfs vagues englobés par des ganglions bronchiques.

Lancereaux (1), parlant de la tuberculose propagée au pneumogastrique, au grand sympathique ou au plexus solaire, dans le mal de Pott, dit qu'elle se présente sous deux formes : granulation ou infiltration du tissu interfasciculaire, par des cellules embryonnaires, gênant la nutrition des tubes nerveux. Nous n'avons dans ce cas qu'un enclavement ; un degré moins prononcé de la lésion.

En résumé nous avons affaire à une névrite par propagation, telle que la névrite intercostale, signalée par Leudet, par Beau ; et il est si fréquent de rencontrer le premier et même le second nerf intercostal adhérents à la paroi des pleurésies tuberculeuses du sommet, que ce fait n'est plus nié. Seulement, ici, c'est le nerf vague qui est pris dans la partie supérieure du médiastin. Cet envahissement du nerf n'est pas cherché dans la pratique courante des autopsies, puisque en enlevant les deux poumons on détruit précisément les rapports du cul-de-sac pleural supérieur avec le grand sympathique, et le faisceau vasculo-nerveux du cou. Pourtant, nous avons un fait clinique, l'aphonie, un fait anatomique, la lésion du nerf évidemment reliés et suffisants pour conclure que ces névrites propagées au pneumogastrique ont une existence réelle ; c'est pourquoi nous donnons cette observation malgré les lacunes regrettables qu'elle présente. Nous n'avons pu être renseigné sur l'état de la digestion et des vomissements, ni sur la température et le pouls dont l'importance, dans le cas de compression du pneumogastrique, a été montrée tout récemment par une communication de M. Merklen à la Société médicale des hôpitaux.

(1) Lancereaux. *Traité d'Anat. Path.* T. III, 1885, p. 375.

L'aphonie chez les tuberculeux sans lésions du larynx a été constatée souvent, et on en a proposé différentes explications. Noel Guéneau de Mussy (1) cite des cas d'aphonie et mort subite dans lesquels on a trouvé le nerf vague pris dans les ganglions trachéo-bronchiques, c'est donc eux qu'il incrimine. Grancher et Hutinel (2), dans l'article Phtisie du *Dictionnaire encyclopédique*, rappellent ces faits ainsi que ceux de Héine, Peter, Varda ; mais toujours en parlant des ganglions trachéo-bronchiques. Gouguenheim et Leval-Picquechef (3), partant de ce fait qu'il n'est pas rare de trouver chez les tuberculeux des troubles vocaux hors de proportion avec les lésions laryngées les expliquent par la compression du récurrent au niveau du groupe inférieur des ganglions trachéo-laryngiens dont ils font une étude anatomique. Lubet-Barbon et Dutil (4) laissant de côté les ganglions, ont trouvé des névrites périphériques portant sur les nerfs du larynx dans ces cas d'aphonie et font rentrer ces cas dans les névrites des tuberculeux décrites par Pitres et Vaillard.

On voit qu'il existe une quatrième cause ; la pleurite à laquelle Mandl (5) avait déjà pensé en 1862, lorsqu'il attribua cette aphonie sans lésion à la compression du récurrent par le sommet du poumon induré.

Disons, pour terminer, que des coupes du cul-de-sac pleural chez le nouveau-né nous ont montré que le nerf n'était séparé de la plèvre pariétale que par une très faible épaisseur de tissu cellulaire parsemé de ganglions microscopiques. Un dessin de Henle reproduit dans Morell-Mackenzie (6) indique bien la disposition du nerf en ce point. Le vague gauche entre en rapport avec le cul-de-sac pleural, d'après ce que nous avons pu voir sur les nouveau-nés, au-dessous du confluent de la veine jugulaire et de la sous-clavière gauche et chemine ensuite sous la plèvre entre l'artère sous-clavière en dehors et l'artère carotide en dedans ; il est donc plus exposé à être envahi dans les pleurésies que le droit qui plonge brusquement en arrière au niveau du médiastin et s'accole à la trachée. C'est l'inverse pour le récurrent, comme le dit Mandl.

(1) N. Guéneau de Mussy. — *Clinique médicale*, 1885, T. IV, p. 109.

(2) Grancher et Hutinel, art. *Phtisie*, *Dict. Dechambre*. T. 24, fasc. 2, 1888, p. 664.

(3) Gouguenheim et Leval Picquechef. — *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*. T. X, n° 1, p. 15, 1884.

(4) Lubet-Barbon. — *Etude sur les paralysies des muscles du larynx* Th. Paris, 1887, p. 57.

(5) Mandl. *Gazette des hôpitaux*, n. 135, p. 539, 1882. (La theorie de Mandl est exposée en quelques lignes sans nom d'auteur.)

(6) Morell Mackenzie. *Traité des maladies du larynx*, trad. Moure et Berthier, 1882, p. 602.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Note sur la pathogénie de l'épilepsie ;

Par **Georges LEMOINE**, agrégé, médecin-adjoint à l'asile de Bailleul.

I. Dans un récent article (*Progrès médical*, p. 333, 1887), M. Marie a de nouveau attiré l'attention sur la relation qui existe entre certains états infectieux et le développement de l'épilepsie ; il insiste particulièrement sur les rapports de cause à effet qui semblent unir cette névrose aux maladies virulentes du jeune âge et plus tard, quand elle apparaît à l'âge adulte, à la syphilis et aux maladies septiques qui accompagnent la puerpéralité. Sa conclusion est que le domaine de l'épilepsie idiopathique, héréditaire, est beaucoup plus restreint qu'on le croit, si même il existe,et que, presque toujours, on réussit à trouver une cause occasionnelle à l'épilepsie. Je suis heureux de me rencontrer en parfaite communion d'idées avec M. Marie; je crois comme lui que l'épilepsie héréditaire est une rareté et qu'il n'existe en réalité que des épilepsies symptomatiques. J'ai longuement insisté sur cette notion de pathogénie dans mes leçons sur le traitement de l'épilepsie, et j'ai montré l'importance qu'elle présente au point de vue de la thérapeutique des états convulsifs (1). En m'appuyant sur de nombreux exemples, j'ai essayé de démontrer que le développement de l'épilepsie reconnaît toujours une cause d'ordre physique, de nature extrêmement variable, et que l'on peut atteindre, dans certains cas, par les agents thérapeutiques ; en faisant disparaître la cause, on fait disparaître le symptôme. Je ne faisais, en somme, que généraliser les idées qui ont cours sur l'épilepsie syphilitique. Le but de cette note est simplement de développer la thèse de M. Marie et d'apporter à son appui certains faits fournis par l'observation clinique et l'anatomie pathologique.

II. Il est certain que l'épilepsie de l'enfance reconnaît très souvent pour cause, au moins occasionnelle, une des maladies infectieuses si fréquentes à cet âge. Il suffit d'interroger les parents de l'enfant pour apprendre que les premiers accès sont survenus quelques mois, quelques années même, après une rougeole, une scarlatine ou toute autre infection. M. Marie dit qu'il a presque toujours réussi à trouver une cause physique aux états épileptiques dits idiopathiques ; je préciserai davantage et je dirai que cette cause est en général une maladie infectieuse.

On peut objecter à la théorie que je soutiens que les maladies infectieuses du jeune âge sont si fréquentes et si contagieuses, qu'il n'est guère d'enfants qui leur échappent et que dès lors elles deviennent une cause banale qui perd toute valeur, puisqu'on la rencontre aussi bien chez les sujets devenus épileptiques, que chez ceux qui sont restés indemnes. La réponse est facile; pour que la maladie générale puisse déterminer un jour des accidents nerveux, il faut qu'elle ait eu des localisations dans le système nerveux et encore plus, qu'elle y ait produit des lésions persistantes. Toute syphilis n'est pas cérébrale, et toute syphilis cérébrale n'occasionne pas de l'épilepsie. On peut en dire autant, et avec plus de raison, de la dothiénentérie et des fièvres éruptives dont les lésions sont bien moins profondes que celles de la syphilis ou de la tuberculose. Des lésions cérébrales ou médullaires que l'on croyait éteintes depuis des années peuvent se réveiller un jour et donner naissance à des accidents redoutables. Ballet et Dutil (1) ont donné des exemples saisissants de ces retentissements éloignés de localisations médullaires produites pendant la première enfance. Tout individu qui a eu à une période de son existence une lésion de ses centres nerveux devient par cela même un prédisposé, *un cérébral* ou *un médullaire* (Ballet).

III. Le processus en vertu duquel une lésion d'origine infectieuse peut déterminer des convulsions épileptiques est des plus variables.

Dans certains cas, ce sont les plus rares, l'épilepsie survient en pleine poussée aiguë de la maladie, au moment où celle-ci se généralise et où des foyers microbiens se forment dans les centres nerveux. L'irritation qu'occasionne leur développement suffit parfois à provoquer des crises. C'est ce mécanisme que l'on est en droit d'invoquer pour expliquer l'apparition de l'épilepsie au début de la période secondaire de la syphilis, au cours d'une fièvre typhoïde ou d'une autre maladie générale. Le plus souvent, c'est quand ces foyers infectieux ont subi la transformation fibreuse que l'épilepsie apparaît occasionnée par la cicatrice qui s'est formée.

Quand j'étais le chef de clinique du professeur Pierret, ce maître éminent attira mon attention sur une particularité très intéressante présentée par certains paralytiques généraux syphilitiques. Chez ces malades, le traitement spécifique amenait une amélioration rapide des phénomènes paralytiques, mais au moment où l'on pouvait espérer une rémission durable, des accès épileptiques, d'une violence extrême, apparaissaient sans que rien ait pu les faire prévoir. L'épilepsie remplaçait les symptômes habituels de la paralysie générale ; ces derniers considérablement atténués par le traitement ne faisaient à peu près plus de progrès, et le malade, presque débarrassé de sa paralysie générale, devenait un épileptique. Dans tous les cas observés, les accès épileptiques présentèrent une intensité très grande et la mort en fut la conséquence (2).

A l'autopsie, on trouva à la surface des hémisphères cérébraux de petites cicatrices étalées, déprimées à leur centre et s'irradiant assez profondément dans la substance grise. Ces cicatrices étaient, à n'en pas douter, le résultat de la transformation fibreuse de petits foyers inflammatoires développés par la syphilis. Ici, comme dans tous les cas semblables, les foyers infectieux guéris sous l'influence du traitement s'étaient cicatrisés et avaient fait place à du tissu fibreux cicatriciel. M. Pierret pense, à juste raison, que dans ces cas, l'épilepsie était consécutive à la formation de ces cicatrices, résultant elles-mêmes de la guérison de la paralysie générale. Ces noyaux de tissu fibreux cicatriciel, très rétractile, occasionnaient l'épilepsie par le même mécanisme que les cicatrices consécutives à des traumatismes cérébraux. Un coup de sabre sur la tête, par exemple, ayant traversé les méninges et atteint les couches corticales, ne produit pas l'épilepsie immédiatement, mais seulement quand la plaie est guérie et les adhérences cicatricielles formées.

Ainsi, on voit que dans une maladie infectieuse type, la syphilis, l'épilepsie, dans certains cas du moins, est la conséquence du processus réparateur qui accompagne la disparition des colonies microbiennes dispersées dans les centres nerveux. Il nous est bien permis de gé-

(1) Cours de thérapeutique de la Faculté de Lille, juin 1887.

(1) *Revue de médecine*, p. 18, 1884.
(2) PIERRET. *Société nationale de médecine de Lyon*. Séance du 21 novembre 1887.

néraliser et de supposer qu'un processus semblable se montre dans les autres maladies infectieuses. L'examen histologique des lésions de nature infectieuse que l'on rencontre dans les centres nerveux, au cours des maladies générales, vient à l'appui de l'idée que nous défendons. Elles se présentent toujours sous un même aspect, à tel point que les myélites infectieuses, par exemple, se distinguent avec la plus grande facilité des myélites d'ordre trophique, tandis qu'il est difficile de les distinguer entre elles. Elles sont caractérisées par de petits foyers, amas d'éléments embryonnaires, au sein desquels existent des colonies microbiennes, et qui sont d'habitude disposés autour des petits vaisseaux, comme si les agents septiques avaient été apportés là par le sang ou les voies lymphatiques péri-vasculaires. Ces petits foyers obéissent à un processus qui ne varie guère et reconnaissent deux modes de terminaison différents : ou bien ils subissent une régression complète, et disparaissent peu à peu et sans laisser aucune trace, ou bien ils sont lentement circonscrits et étouffés par la néoformation conjonctive qui résulte de la réaction défensive des éléments voisins, une petite cicatrice prend alors leur place. Ainsi évoluent les lésions de la tuberculose, de la syphilis, de la diphtérie et, très probablement aussi, celles des autres maladies infectieuses, la variole, la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, etc. Les myélites consécutives à la rage, celles que l'on observe chez les jeunes chiens choréiques offrent des lésions semblables et ont une terminaison semblable. J'en dirai même tout autant de la paralysie infantile, cause si fréquente d'épilepsie, et dont la nature infectieuse ne tardera sans doute pas à être complètement démontrée. Depuis longtemps cette théorie de l'infection est soutenue par M. Pierret. Des recherches nombreuses d'anatomie pathologique comparée ont été dirigées dans ce sens, et les expériences faites aux laboratoires de Charcot et de Vulpian ont démontré à M. Pierret que la paralysie infantile était avant tout une myélite, à petits foyers disséminés. M. Mathis, professeur à l'école vétérinaire de Lyon, prétend avoir trouvé un microbe spécial chez les chiens atteints de paralysie du jeune âge. Or beaucoup admettent qu'il y a identité entre cette maladie des jeunes chiens et celle des enfants. Parfois la paralysie infantile se montre sous la forme épidémique ainsi que M. Cordier vient récemment de le constater (1). Ces faits tendent à prouver que cette affection est, elle aussi, de nature parasitaire. Comme un très grand nombre des cas d'épilepsie du jeune âge sont consécutifs à son action, l'origine infectieuse de la plupart des convulsions épileptiques aurait ainsi de nouveaux faits à son appui.

Les cas d'épilepsie syphilitique observés par M. Pierret nous donnent la clef du mécanisme des accès observés à la suite de n'importe quelle maladie infectieuse : *les convulsions épileptiques sont le résultat des lésions produites dans les centres nerveux par les agents pathogènes ; elles sont aussi et surtout la conséquence de leur cicatrisation.* Des particules solides minérales telles que celles du plomb, peuvent produire les mêmes effets, en occasionnant des lésions analogues aux lésions parasitaires. L'épilepsie saturnine reconnait sans doute cette même pathogénie.

Selon le siège qu'ils occupent, les foyers infectieux développés dans les centres nerveux peuvent donner naissance à des symptômes de divers ordres. On vient de voir que dans certaines conditions ils sont susceptibles de produire l'épilepsie ; d'autres fois leur effet est tout différent et lorsque, par exemple, ils se sont développés dans le voisinage d'un centre trophique, ce sont des atrophies que leur présence occasionne. Depuis longtemps, on sait que la plupart des maladies infectieuses peuvent s'accompagner à leur déclin ou même beaucoup plus tard de l'atrophie de certains groupes musculaires et l'on est actuellement à peu près d'accord pour admettre que ces atrophies sont la conséquence de lésions nerveuses dues à des localisations de l'agent septique: Si la nature parasitaire de la paralysie infantile était définitivement démontrée, elle serait le type de ce genre. De ce qui précède il résulte donc que les maladies infectieuses peuvent être l'origine 1° d'*accès épileptiques* que l'on attribue en général, et à tort, à l'hérédité ; 2° d'*atrophies musculaires*. Nous allons voir quelles sont les conclusions importantes que l'on peut tirer de cette donnée pathogénique.

IV. Il est extrêmement fréquent de rencontrer chez les jeunes épileptiques, dont la maladie est dite idiopathique, des malformations physiques peu importantes en elles-mêmes, mais fort intéressantes pour les cliniciens et que l'on a assimilées aux stigmates physiques des aliénés héréditaires. La réunion de quelques-uns de ces stigmates et de l'épilepsie sur un même sujet lui donne un aspect tout particulier, qui frappe tout de suite un œil exercé et constitue le *type épileptique*. Ces malformations sont des plus variées ; les unes, et ce sont les plus graves, ne sont autres que les atrophies et les déformations des membres, consécutives à une atteinte de paralysie infantile, les autres, moins importantes, mais tout aussi significatives à notre avis, constituent un vaste groupe dans lequel on peut ranger l'asymétrie de la face, l'aspect grimaçant, les malformations du nez, des dents, des os de la face, etc.

Pour interpréter les atrophies des membres, tout le monde est d'accord ; elles sont la conséquence éloignée de la paralysie infantile ; et plus exactement le résultat des lésions dont les centres trophiques de la moelle ont été le siège. Mais quand il s'agit des malformations faciales les divergences d'opinion apparaissent, les uns, et ce sont les moins nombreux, émettent timidement l'idée qu'elles sont dues à un arrêt de développement occasionné par une méningite avec inflammation propagée aux couches corticales, les autres rapportent tout à l'hérédité et en font des stigmates héréditaires du type épileptique. Bien plus, ces malformations sont en général regardées comme la cause même de l'épilepsie. Pour prendre un exemple, l'asymétrie de la face, on discute encore pour savoir par quel mécanisme elle engendre les états convulsifs et naturellement on ne trouve pas la solution du problème. En résumé, quand l'épilepsie et les déformations de la paralysie infantile se rencontrent sur un même sujet, on pose le diagnostic d'*épilepsie symptomatique* de lésions nerveuses (infectieuses, croyons-nous), tandis que si l'épilepsie survient sur un sujet présentant de l'asymétrie faciale ou de l'atrophie, des contractures ou un tic des muscles de la face, ou une déformation osseuse siégeant dans la même région, on s'empresse de dire *épilepsie idiopathique*. La lésion physique qui, dans les premiers cas, est considérée comme n'ayant avec l'épilepsie qu'un simple rapport de simultanéité, prend presque dans le second un rapport de cause à effet. Or il me semble plus rationnel d'admettre que certains des stigmates épileptiques dits héréditaires, surviennent après la naissance et sont, tout comme

(1) *Société des Sciences médicales de Lyon*. Séance du 23 novembre 1887.

les déformations du même genre de la paralysie infantile, le résultat d'un arrêt de développement occasionné par une des maladies infectieuses de la toute première enfance, dont l'action s'est localisée en partie dans le système nerveux.

Et ceci n'est pas simplement une hypothèse, car l'observation des faits confirme, dans une certaine mesure, l'idée que j'avance. J'ai eu l'occasion de donner récemment mes soins à de tout jeunes enfants (de 2 à 5 ans) devenus épileptiques dans le cours de la 2e année, et dont deux présentaient une asymétrie faciale très accusée tandis que le troisième offrait une atrophie des muscles zygomatiques droits ainsi qu'un développement incomplet de l'os maxillaire supérieur dont la saillie était à peine marquée alors que le même os du côté gauche était normal. Les parents m'affirmèrent que leurs enfants étaient venus au monde avec le visage parfaitement régulier et que ce n'était que quelque temps après les fatigues de la dentition que leur regard était devenu étrange et que leur figure s'était déformée. L'épilepsie était survenue quelques mois après.

Certes, je ne veux pas généraliser, et ce n'est pas en m'appuyant sur trois cas seulement que j'oserai émettre une loi et dire que les malformations coexistant avec l'épilepsie de l'enfance résultent toujours d'une maladie infectieuse, mais je crois que les choses se passent ainsi assez souvent et que l'observation attentive démontrera plus tard la fréquence relative de ce processus. Pas plus que M. Marie, je ne crois à l'épilepsie héréditaire, et je dirai volontiers avec lui « j'admets que l'enfant puisse naître épileptique, si la cause morbide l'a frappé pendant la vie intra-utérine, mais ce que je ne saurais admettre, c'est que l'enfant puisse être conçu épileptique. » J'en dirai autant de la plupart des stigmates physiques dits héréditaires. J'ajoute, et ce sont là mes conclusions, que dans un très grand nombre de cas ce sont des foyers infectieux disséminés dans les centres nerveux qui sont la cause première des convulsions épileptiques et que c'est à leur action destructive exercée sur les centres trophiques qu'il faut rattacher quelques-unes des malformations qui se voient sur un certain nombre de sujets épileptiques.

Quant à l'hérédité nerveuse, elle joue le rôle de cause prédisposante, et j'admets avec tout le monde qu'une lésion survenant dans le système nerveux d'un individu appartenant à une famille de névropathes déterminera plus facilement une affection nerveuse, que si elle se produit chez un individu indemne de toute tare héréditaire.

Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.— Un concours pour deux places de chef de clinique médicale sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux, le lundi 25 juin à dix heures du matin. La durée des fonctions est de deux années. Le traitement est de 1000 francs. Les chefs de clinique nommés entreront en fonctions à dater du 1er novembre 1888. Est admis à concourir tout docteur en médecine de nationalité française qui n'est pas agé de plus de trente-quatre ans le jour de l'ouverture du concours. Les candidats pourront se faire inscrire jusqu'au *mercredi 6 juin à quatre heures du soir*. A cet effet, ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur en médecine. Les épreuves consisteront : 1° En une leçon clinique d'un quart d'heure de durée, faite sur un malade, après dix minutes de réflexion; 2° en une dissertation orale d'un quart d'heure de durée, sur un sujet d'anatomie pathologique, après examen anatomique, microscopique et chimique de 3 heures (ces deux premières épreuves sont éliminatoires); 3° en une leçon clinique de 20 minutes de durée sur deux malades, après 20 minutes d'examen et 20 minutes de réflexion. — Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin et chirurgien des hôpitaux, de chef interne, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les relations pathogéniques de la chorée,

La chorée de Sydenham, la seule que je veuille actuellement considérer, est une maladie de la seconde enfance. Je sais bien qu'on peut l'observer chez les adultes, par exemple chez les femmes enceintes, et même chez les vieillards. Mais elle est incomparablement plus fréquente chez les enfants de 8 à 15 ans; il est généralement reconnu que les filles sont frappées plus souvent que les garçons; sur 3 choréiques, il y a au moins 2 filles. Sur 17 enfants choréiques dont j'ai recueilli les observations, je trouve 14 filles et 3 garçons seulement. Cette préférence de la chorée pour le sexe féminin est comparable à celle de l'hystérie pour le même sexe, quoiqu'elle soit moins accusée. Il y a bien d'autres points de comparaison qu'on pourrait trouver entre ces deux névroses : l'ovarie (Marie), l'anesthésie cutanée; l'anesthésie du pharynx que j'ai observée plusieurs fois chez les fillettes choréiques, sans parler des relations héréditaires qui confondent ces deux rameaux du tronc nerveux.

Quand on fouille l'étiologie de la chorée de Sydenham, on a peine à comprendre l'engouement du public médical pour une doctrine pathogénique qui a tenu, pendant vingt ans, le haut du pavé. En 1850, M. G. Sée, dans un important mémoire, cherche à démontrer l'origine rhumatismale de la chorée. C'était une opinion nouvelle qui ne tarda pas à devenir classique en France et en Angleterre quand M. Roger (1867) lui eût apporté l'adhésion de sa grande expérience.

La théorie soutenue par ces deux auteurs est d'un exclusivisme tel qu'on s'étonne du succès qu'elle a obtenu. Elle se résume, en effet, dans cette affirmation : *le rhumatisme articulaire, avec ou sans cardiopathie, est la cause unique de la chorée; la chorée est une sorte de rhumatisme cérébro-spinal chronique ou atténué.* Pour arriver à une conception aussi éloignée de la nature des choses, il fallait englober dans le rhumatisme articulaire, non seulement les douleurs vagues des jointures, des muscles, des nerfs, mais encore les douleurs de croissance, sans parler des pseudo-rhumatismes infectieux dont l'existence, il y a vingt ans, était à peine soupçonnée ; d'autre part, pour arriver à établir une relation étroite entre l'endocardite et la chorée, il a fallu que M. Roger donnât à tous les souffles de la région précordiale, organiques ou anémiques, la même signification. Il est certain que MM. G. Sée et Roger n'ont pu se défendre de cette confusion, leur erreur sans cela serait inexplicable. Quand M. G. Sée publia son mémoire, les bons cliniciens du temps, Rilliet et Barthez, Barrier, Monneret, Grisolle, ne purent cacher leur surprise. Puis vinrent les adhésions anglaises (Lenhouse Kirkes, Broadbent, Jackson) qui se perdirent ensuite dans la théorie de l'embolie, suivies bientôt des adhésions françaises qu'entraîna l'exemple de Trousseau. En Allemagne, M. Hénoch seul paraît s'être rallié à l'opinion de MM. G. Sée et Roger. Parmi les médecins d'enfants, les plus intéressés dans le débat, M. Bouchut, M. Steiner se montrent décidément opposés à la théorie rhumatismale. Plus récemment M. Joffroy, qui a derrière lui toute l'école de la Salpêtrière, a exé-

cuté une charge à fond contre cette théorie (*Progrès médical*, 1885). Pour lui, la chorée de Sydenham est une maladie de croissance, une névrose cérébro-spinale d'évolution, elle est au système nerveux ce que la chlorose est au système circulatoire. Les statistiques récentes plaident en faveur de cette opinion : Steiner, sur 252 cas, n'a vu que quatre fois le rhumatisme articulaire aigu associé à la chorée; Sturges (*Arch. of. ped. Déc.* 1884), médecin de l'hôpital des enfants de Great Ormond Street, sur 219 cas, note 16 fois seulement des antécédents rhumatismaux; Prior (*Berl. Klin. Woch.* 1886, n° 2), sur 92 cas, note 85 fois l'absence de rhumatisme et de cardiopathie, une fois la coïncidence du rhumatisme, 4 fois la coïncidence de souffles cardiaques. Il ajoute, pour achever la ruine de la doctrine française, que la chorée s'observe dans le jeune âge, avant 15 ans, tandis que le rhumatisme frappe surtout les adultes de 20 à 30 ans, que la chorée prédomine dans le sexe féminin, qu'elle est héréditaire dans les familles nerveuses, qu'elle est souvent provoquée par des excitations psychiques (la frayeur), enfin qu'elle résiste au salycilate de soude. Il pense que les maladies infectieuses telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la diphthérie, peuvent être suivies de chorée au même titre que le rhumatisme articulaire aigü. Cette opinion avait été soutenue auparavant par M. Bouchut, qui n'attribue au rhumatisme, dans la genèse de la chorée, qu'une influence banale résultant de l'anémie et de l'affaiblissement organique qu'il entraîne. Ces réflexions sont très sages et méritent d'être prises en sérieuse considération.

Cependant les douleurs rhumatismales ou rhumatoïdes s'observent assez souvent à l'origine de la chorée. M. Joffroy assigne à ces douleurs une pathogénie spéciale qui, sans être absolument démontrée, n'est pas moins digne de toute votre attention. Il les considère comme étant de l'essence même de la chorée, et propose de les appeler *anthropathies choréiques*. Il les rapproche des lésions analogues, observées dans diverses affections cérébrales ou spinales (les myélites et surtout la myélite traumatique). Il montre enfin que, dans la grande majorité des cas de chorée, le réflexe rotulien est très diminué ou complètement aboli, ce qui semble bien indiquer la participation directe de la moëlle à la production des symptômes choréiques. Quant aux cardiopathies qui se traduisent par des souffles durables, ou seulement par des palpitations, de la tachycardie, il refuse également de les considérer comme des manifestations rhumatismales. J'aurais fort à faire si je devais seulement citer les noms de tous ceux qui ont repoussé les conclusions des travaux de MM. Germain Sée et Roger. La simple lecture des documents publiés n'est pas favorable à leur doctrine. Si j'apporte dans le débat quelques documents personnels, je reconnais qu'ils sont peu importants et qu'ils ne sauraient balancer ceux que je viens de citer. Mais tels qu'ils sont, ils me confirment pleinement dans l'opinion contraire à celle de MM. G. Sée et H. Roger. Je me souviens d'avoir vu quelquefois, quand j'étais élève dans les hôpitaux, la chorée unie au rhumatisme articulaire. Depuis cinq ans, j'ai cherché, parmi les enfants qui fréquentent la polyclinique dont je suis chargé (1) à pénétrer l'étiologie de la chorée; je n'ai pas vu *une seule fois* la coïncidence de la chorée avec le rhumatisme articulaire aigu. Si cette coïncidence était habituelle, comment m'aurait-elle échappé? Ne serait-elle donc patente et visible que dans les hôpitaux. Voici les résultats des 17 dernières observations de chorée que j'ai prises depuis deux ans. Sur ces 17 cas, il y a 14 filles et 3 garçons, âgés de 6, 7 (2), 8 ans 1/2, 9 (2), 10, 11 (3), 12 (3), 13 (3), 14 ans. Ces enfants ont été suivis pendant de longs mois, chez aucun d'entre eux je n'ai relevé la coïncidence du rhumatisme ni des souffles cardiaques; absence d'antécédents rhumatismaux chez les enfants comme chez les parents. Presque tous ces choréiques étaient des nerveux avérés, quelques-uns avaient eu des convulsions dans la première enfance; chez les parents les antécédents nerveux (hystérie, épilepsie, chorée) se retrouvaient habituellement. Chez la plupart des enfants observés, une croissance rapide avait été le prélude et la cause déterminante de la chorée; la cause occasionnelle a été souvent une émotion morale vive, en particulier la frayeur. Dans un cas, c'est immédiatement après une chute d'un lieu élevé (premier étage) que les mouvements choréiques se sont montrés. Chez trois malades, j'ai relevé nettement l'anesthésie du pharynx, je n'ai d'ailleurs pas toujours recherché ce stigmatique de l'hystérie qui doit être fréquent chez les choréiques. Il n'est pas douteux que le rhumatisme articulaire aigu s'observe assez souvent à l'origine de la chorée de Sydenham; mais ne se rencontre-t-il pas également au début ou dans le cours de l'hystérie? Ne se rencontre-t-il pas à l'origine d'autres états morbides qui n'ont avec lui, aucune relation pathogénique? Car toute la question est là. La coïncidence du rhumatisme et de la chorée est loin d'apparaître avec la même fréquence dans les différentes statistiques. Pour MM. G. Sée et Roger cette coïncidence est la règle, pour d'autres elle est l'exception. Tout ce qu'il est possible de concéder aux partisans de la *chorée rhumatismale*, c'est que le rhumatisme se trouve plus souvent à l'origine de la chorée que les autres maladies aiguës. Cela ne prouve qu'une chose, c'est que la maladie rhumatismale, si grave dans l'enfance, porte au système nerveux une atteinte plus profonde que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, etc. Toutes ces maladies, lorsqu'elles frappent un organisme en voie de développement, peuvent conduire à la chorée. Encore faut-il que les sujets soient prédisposés par l'hérédité à cette manifestation nerveuse. Les cas de rhumatisme dans l'enfance sont innombrables, et si l'on cherche la proportion de choréiques fournie par cette série de rhumatisants, on la trouvera insignifiante. Il faut bien se garder de généraliser les coïncidences plus ou moins nombreuses dont on aura été témoin à l'hôpital ou en ville. Une doctrine durable doit être assise sur une plus large base. Puisque, dans l'espèce, l'anatomie pathologique est muette, la parole doit rester à la statistique clinique. Celle-ci n'a pas dit son dernier mot, mais il est aisé de prévoir qu'elle n'établira pas l'identité du rhumatisme et de la chorée. M. Cadet de Gassicourt, qui n'est pas défavo-

(1) Dispensaire de la Société philanthropique.

rable à la thèse soutenue par MM. G. Sée et Royer, admet cependant, d'après ses observations personnelles, que les 2/3 des cas de chorée n'ont rien à voir avec le rhumatisme, l'autre tiers ayant des rapports étroits avec la maladie rhumatismale. A moins d'admettre que la chorée, même quand elle est seule, est une manifestation rhumatismale, la statistique de M. Cadet de Gassicourt tendrait à distinguer deux classes, deux espèces de chorée: la chorée rhumatismale, la chorée non rhumatismale. Je sais bien que M. Cadet de Gassicourt évite de prendre parti sur la question de doctrine et se borne à exposer scrupuleusement les résultats de sa vaste expérience. Mais au fond, cela revient à dire, pour ceux qui croient à l'existence d'une chorée rhumatismale, qu'il y a deux espèces de chorée. Or il est évident que la chorée est une maladie nerveuse, une névrose; *chorée nerveuse* dans les deux tiers des cas (statistique de M. Cadet de Gassicourt), elle ne cesse pas d'être la *chorée nerveuse* dans les cas où elle coïncide avec le rhumatisme; la dénomination de *chorée rhumatismale* n'est pas beaucoup plus justifiable que celle de *chorée scarlatineuse*, de *chorée typhoïde* qu'on pourrait attribuer à la chorée quand elle succède à la scarlatine ou à la fièvre typhoïde. Pour toutes ces raisons empruntées à la clinique et à la pathologie générale, il me semble que la théorie de MM. G. Sée et Roger a vécu et qu'il ne reste plus qu'à considérer la chorée de Sydenham comme une *névrose de croissance* ayant des relations étroites avec l'hystérie. Dr J. Comby.

Cours de pathologie expérimentale et comparée: M. le Pr Straus.

Une affluence considérable d'auditeurs se pressait mardi dernier dans le Grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine où le nouveau professeur allait inaugurer son enseignement. Dans l'assistance, nous avons remarqué plusieurs de nos maîtres, MM. les Prs Brouardel, Bouchard, Fournier, Proust, Grancher, Mathias-Duval, Dieulafoy, et la plupart des agrégés, MM. Hallopeau, Hanot, Joffroy, Déjerine, Chauffard, etc.

Une triple salve d'applaudissements salue l'entrée du professeur qui commence aussitôt sa leçon avec une émotion bientôt dissipée au fur et à mesure qu'il entre plus avant dans le sujet. Cette première leçon a été, à tous égards, des plus remarquables, tant par la forme sobre et élégante que par le fond plein de vues d'ensemble originales et suggestives soulignées à maintes reprises par les applaudissements de l'auditoire.

Après avoir résumé, dans ses points principaux, la vie scientifique de Vulpian, M. Straus compare les tendances qu'affectait la médecine à l'époque où son prédécesseur prit possession de la chaire de Pathologie expérimentale et comparée, à ce qu'elles sont devenues actuellement, et conclut de la transformation que ces tendances ont subies à la nécessité d'un nouvel enseignement.

M. Straus a indiqué à larges traits les travaux de Vulpian; cet encyclopédiste dans les choses de la médecine, en insistant surtout sur l'esprit qui les avait inspirés, il a pu s'acquitter de cette tache difficile de condenser en peu de phrases les résultats nombreux acquis par ce puissant travailleur

A son époque, l'orientation de la médecine avait été déterminée par la série des grandes découvertes de Magendie, Ch. Bell et surtout Claude Bernard, et sa tendance éminemment physiologique s'était objectivée surtout en deux hommes, Vulpian et Charcot, qui ont groupé les chercheurs et ont donné à la médecine une impulsion dont les résultats sont considérables.

Mais, depuis, une autre voie s'est ouverte, à la suite des découvertes de M. Pasteur, et la médecine s'y engage résolument sous les auspices de MM. Bouchard, Brouardel, Proust, Verneuil... Aussi M. Straus n'hésite-t-il pas à conformer son enseignement à cette tendance nouvelle, et son cours sera-t-il consacré à la *Bactériologie*. Qu'on n'aille pas croire, au moins, qu'il ne s'agisse en la question que de vues doctrinales; la partie pratique d'un tel enseignement est manifeste dans toutes les branches des sciences médicales : médecine, chirurgie, obstétrique lui doivent déjà des résultats dont les preuves abondent. Le professeur termine par quelques phrases éloquentes vibrant d'une conviction énergique et communicative.

Les leçons antérieures seront surtout *pratiques* et auront lieu à l'amphithéâtre du Laboratoire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 *mars* 1888. — Présidence de M. Janssen.

MM. Charrin et Roger décrivent une *pseudo-tuberculose bacillaire* qu'ils ont rencontrée chez un cobaye mort spontanément. Le foie et la rate de cet animal étaient remplis de granulations miliaires analogues à celles de la tuberculose. Ces organes ont servi à ensemencer deux séries de tubes : les uns, contenant de la gélatine glycérinée (procédé de culture du bacille de Koch) sont restés stériles; les autres, contenant de la gélatine ordinaire, ont présenté de petites colonies blanchâtres. Ces colonies sont formées par de petits bacilles mobiles qui, inoculés au cobaye et au lapin, reproduisent la maladie primitive avec ses granulations miliaires. Cette maladie n'est ni la tuberculose, ni la morve : elle doit prendre place dans le groupe des pseudo-tuberculoses, mais elle diffère de toutes celles qui ont été décrites jusqu'ici.

M. G. Ferré adresse une note relative à l'*étude séméiologique et pathogénique de la rage*. D'après lui, la rage des rues et la rage paralytique donnée par trépanation, d'une façon très générale, présentent les mêmes phases. La période d'excitation se traduit dans la rage paralytique par une accélération de la respiration. Celle-ci coïncide avec l'apparition de la virulence dans les parties du bulbe qui tiennent sous leur dépendance la fonction respiratoire: l'accélération peut donc être attribuée à cette virulence. La rage des rues et la rage paralytique présentent ainsi des points de similitude au point de vue pathogénique, puisque l'une et l'autre débutent par des accidents bulbaires.

MM. Mairet et Combemale continuent leurs *recherches expérimentales sur l'intoxication chronique par l'alcool*. Ils décrivent aujourd'hui les troubles de l'appareil circulatoire, de la respiration, du tube digestif, de l'appareil reproducteur, de la température et de la nutrition générale.

MM. Pouchet et Beauregard signalent la *présence de deux baleines franches dans les eaux d'Alger*.

M. Œchsner de Coninck envoie une note contributive à l'étude des ptomaïnes.

M. L. Roule décrit les *fibres musculaires des muscles rétracteurs des valves chez les Mollusques lamellibranches*.

Séance du 26 *mars* 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. A. Poncet signale une *nouvelle déformation des mains chez les ouvriers verriers*, déformation connue sous le nom de main en crochet, main fermée. (Voir *Progrès médical* du 7 avril 1888, page 270, communication de M. Etienne Rollet).

M. Boucheron étudie la *surdité pour les harmoniques de la parole dans l'otopiésis (compression labyrinthique)*. La dissociation des éléments de la parole existe parfois pour l'ouïe qui perçoit alors tantôt les sons fondamentaux de préférence, tantôt les sons harmoniques. Ainsi l'on observe des surdités portant surtout sur les harmoniques de la parole, les malades entendant assez bien qu'on leur parle (son fondamental), mais n'entendant pas les détails de la parole (harmonique). D'autres fois, au contraire, dans les surdités pour les sons fondamentaux, les malades entendent à peine le diapason (son fondamental) et comprennent cependant la voix chuchotée (harmonique) à la distance de plusieurs mètres. Il arrive aussi, dans la surdité paracousique de Willis, que le malade entend encore très bien les harmoniques de la parole au milieu du bruit, mais qu'il les entend très mal dans le silence : la surdité n'existe qu'au milieu du calme relatif de l'air. Enfin, dans les surdités mixtes, qui sont les plus communes, il y a surdité à peu près égale pour les sons fondamentaux et pour les sons harmoniques. Dans les cas récents de surdités dissociées, la décompression labyrinthique a souvent diminué les troubles, preuve que ceux-ci ont bien leur origine dans l'oreille.

Séance du 3 avril 1888. — Présidence de M. Janssen.

MM. Lépine et Porteret recherchent *l'influence qu'exercent les substances antipyrétiques, et en particulier l'antipyrine sur la teneur du foie en glycogène.* Sous l'influence de ces agents, et notamment de l'antipyrine à la dose de 0 gr. 10 à 0 gr. 20 par kilogr., on trouve au moins un cinquième en plus de glycogène hépatique par kilogramme d'animal. La proportion relative du sucre du foie se trouve un peu diminuée sous l'influence de ces mêmes substances. Les antipyrétiques mettent donc obstacle à la transformation du glycogène en sucre. Cette action d'arrêt s'exerce en partie directement sur la cellule hépatique ; si, en effet, on divise en deux un foie chargé de glycogène et si l'on met l'une des moitiés dans l'eau pure, alors que l'autre est placée dans une solution d'antipyrine, on constate que, toutes choses étant égales d'ailleurs, il y a moins de sucre et plus de glycogène dans la seconde moitié que dans la première.

M. E. Dupuy rapporte les résultats de ses *expériences sur les fonctions motrices du cerveau.* Il rappelle que l'irritation électrique ou mécanique d'un lambeau de la dure-mère crânienne, au-dessus des parties pariétales des hémisphères cérébraux, donne lieu à des mouvements musculaires bien différenciés dans les membres des animaux modérément anesthésiés. Il annonce aujourd'hui que la section cruciale et le renversement des lambeaux de la dure-mère qui couvre la partie pariétale du cerveau, chez le lapin et le chien, donne lieu à un état de parésie bien marqué dans les membres du côté opposé, quelquefois dans les membres du côté correspondant à la lésion, mais constamment dans les muscles de la face du côté même de cette lésion. Cet état disparaît quand on irrite avec un courant faible la dure-mère dans une partie quelconque du siège de la section : il disparaît également si l'on fait une seconde opération, analogue à la première, sur la dure-mère de l'autre hémisphère cérébral. Il est possible, après l'ablation d'une moitié de la calotte crânienne, d'exposer la dure-mère en ayant soin de ne la point percer : la membrane est alors distendue par le liquide céphalo-rachidien qui la tient écartée de la surface des circonvolutions. Si l'on applique alors un courant faradique sur cette dure-mère, en des points toujours les mêmes pour les mêmes réactions obtenues, on constate des mouvements musculaires semblables à ceux que l'on observe à la suite de l'excitation électrique des centres dits psychomoteurs des circonvolutions cérébrales. Tous ces résultats ne sont pas explicables avec la théorie actuellement en cours sur le mode de production des mouvements ou des paralysies d'origine cérébrale.

M. L. Dor décrit une *pseudo-tuberculose bacillaire* paraissant identique à celle qu'ont récemment signalée MM. Charrin et Roger. Il indique les caractères anatomo-pathologiques qui lui sont propres et il donne les résultats des inoculations pratiquées avec la culture du bacille de cette maladie.

M. R. Brulle annonce une réaction chimique décélant rapidement la *présence d'une ou plusieurs huiles de graines dans l'huile d'olive.* Pour démontrer la falsification il emploie un mélange d'acide nitrique et d'albumine desséchée.

M. Godefroy indique une *méthode simple et usuelle pour déceler et pour doser les impuretés contenues dans les alcools d'industrie* (transformation de ces impuretés à l'aide de la benzine et de l'acide sulfurique, en dérivés sulfo-conjugués dont la présence est manifestée par une coloration plus ou moins foncée).

Séance du 9 avril 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. P. Duroziez décrit *le spincter du trou ovale.* Cet orifice est muni d'un sphincter et d'une valvule chez le fœtus. Chez l'adulte, les deux valves se collent plus ou moins complètement et se transforment en un septum en partie musculeux. Le sphincter n'a plus qu'un rôle accessoire : il est encore utile que l'oreillette droite, pendant la présystole, ne chasse pas en arrière, contre les valves du trou ovale, du sang qui parviendrait à les décoller : un sphincter pourvoit à la tâche.

MM. Rietsch et Jobert continuent leurs recherches sur *l'épidémie des porcs à Marseille en* 1887. Ils montrent que ces animaux sont exposés à diverses affections, plus ou moins analogues par leur anatomie pathologique, mais distinctes par leur étiologie. La réceptivité des cochons n'a rien de bien étonnant, si l'on songe à la façon dont ces animaux sont souvent nourris, parqués ou brusquement changés de leurs habitudes par de longs transports par terre ou par mer.

M. Berthelot, d'une part, MM. Armand Gautier et Drouin de l'autre, poursuivent leurs études sur la *fixation de l'azote par le sol et les végétaux.* P. Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 14 avril 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Debierre ayant eu à sa disposition, aussitôt après la mort, les yeux d'un décapité, a pu faire des coupes de l'iris qui démontrent très nettement qu'il n'existe pas de fibres dilatatrices.

M. Chauveau, laissant de côté la question anatomique, dit que physiologiquement les expériences démontrent que ces fibres n'existent pas.

MM. Straus et Sanchez-Toledo ont fait des recherches bactériologiques sur l'utérus après la parturition physiologique, et sont arrivés de ce fait aux conclusions suivantes :

Chez le lapin, le cobaye, la souris et le rat, après la parturition physiologique, la paroi utérine ainsi que la sécrétion y contenue ne renferment pas de micro-organismes. Les nombreux germes que renferment les premières voies génitales ne pénètrent donc pas à l'intérieur de l'utérus, ou s'ils y pénètrent, ils y sont rapidement détruits. Ces faits expérimentaux observés chez des femelles d'animaux trouvent leurs analogies dans des recherches faites récemment par M. Döderlein sur les lochies des femmes en couches. Il constata que ces lochies prises avec pureté dans l'utérus chez les accouchées ne présentant pas de fièvre, ne renfermaient pas de bactéries et pouvaient être inoculées sans effet appréciable sous la peau des animaux, tandis que les lochies des femmes fébricitantes contenaient des microbes et provoquaient des accidents chez les animaux auxquels on les injectait.

Les auteurs ont également injecté à des époques variables, après la parturition dans l'intérieur des cornes utérines, des cultures pures de divers microbes pathogènes (*bacillus anthracis, vibrion septique, staphylococcus, pyogènes aureus, choléra des poules*). Tous les animaux sont demeurés sains ; sauf deux lapins qui avaient reçu le microbe

du choléra des poules, ce qui n'a rien d'étonnant lorsqu'on se rappelle combien ces animaux sont sensibles à l'action de cet agent infectieux. Ces expériences conduisent donc à des données inattendues.

M. M. DUVAL rappelle combien les animaux en expérience avortent avec empressement ; chez le lapin même, un fœtus peut mourir sans provoquer l'expulsion de ses voisins, et rester en place jusqu'à la date de la parturition normale, sans se putréfier.

M. DEBIERRE présente un cas de malformation cérébrale. La femme vécut jusqu'à l'âge de 64 ans ; elle était d'intelligence moyenne et présentait des attaques épileptiformes.

M. LEVEN dépose une note sur la goutte qui conclut ainsi : « On ne doit pas considérer la goutte comme une maladie sérieuse, comme une névrose : la diathèse goutteuse ne répond qu'à des erreurs d'observations.

M. BROWN-SÉQUARD fait une nouvelle communication sur la dynamogénie, l'inhibition et les centres moteurs dont il nie l'existence.

M. CARPENTIER et BERTOT envoient une note sur une *anomalie de la veine avec expérience et de la veine azygos*. — M. NICOLAS (de Nancy) sur la *morphologie des éléments épithéliaux des canalicules du corps de Wolf.*

M. VIGNAL lit une note de M. LIEBREICH (de Berlin) sur un certain nombre de produits susceptibles de produire l'anesthésie locale.

M. GRÉHANT, parlant de la toxicité des produits de combustion du gaz d'éclairage, estime qu'il est nécessaire, par une ventilation appropriée, de faire disparaître ces produits des lieux où l'on doit séjourner pendant un certain temps.

GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 avril 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD

M. CORNIL présente au nom de MM. CHANTEMESSE et FERNAND WIDAL une note sur le microbe de la dysentérie épidémique :

Différents auteurs ont cherché dans l'intestin de malades, morts de dysentérie, le microbe pathogène de cette affection. Zeigler et Prior ont vu, dans les parties nécrosées de la surface de la muqueuse, une grande quantité de micrococci. Babès a coloré des bacilles, des diplocoques et des spirilles. Koch, cité par MM. Cornil et Babès, a trouvé dans les selles de dysentériques, observés en Egypte, une grande quantité de monades. Heubner, cités par Krebs, a vu un bacille. Aucun de ces savants n'a pu, à l'aide de cultures, donner la dysenétrie à des animaux et apporter la preuve de la spécificité d'un microbe. Nous avons étudié, dans le laboratoire de M. Cornil, cinq cas de dysentérie contractée dans les pays chauds. Grâce à l'obligeance des médecins de l'hôpital du Bey, nous avons pratiqué à Alger l'autopsie d'un soldat mort en pleine poussée aiguë d'une dysentérie prise au Tonkin. Chez cet homme, les lésions anatomo-pathologiques étaient caractéristiques. Dans les matières fécales pendant la vie, dans les parois du gros intestin, dans les ganglions mésentériques, dans la rate après la mort, nous avons découvert un microbe, que nous avons retrouvé également dans les selles de quatre autres dysentériques revenant du Sénégal et de la Guyane. Trois de ces malades sont actuellement en traitement à l'hôpital Broussais, et le quatrième à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Letulle. Ce microbe, que nous n'avons jamais trouvé dans les garde-robes de l'homme sain, a des caractères morphologiques et des qualités pathogènes qui nous permettent de lui reconnaître un caractère spécifique. Les coupes de l'intestin provenant de notre autopsie présentaient un épaississement considérable au niveau des membranes muqueuse et celluleuse. Les glandes étaient en certains points augmentées de volume et atteintes de catarrhe ; en d'autres points, elles étaient comme abrasées. Entre les tubes glandulaires, il y avait prolifération des cellules du tissu conjonctif. La surface de la muqueuse était tapissée d'une grande quantité de microbes en bâtonnet. Dans les culs-de-sac glandulaires, entre les tubes, les végétations microbiennes étaient très abondantes. La membrane celluleuse très épaissie et enflammée était infiltrée d'une très grande quantité de bacilles pâles et fins. Dans cette membrane celluleuse, dans les ganglions et la rate, nous avons pris des semences qui ont donné des cultures pures d'un bâtonnet.

Ce microbe se développe rapidement sur la gélatine à la température ordinaire. Il se présente sous forme de bâtonnet à extrémité arrondie, Il est légèrement ventru, et son diamètre transversal augmente après cultures successives dans la gélatine nourricière Il se développe dans le bouillon, sur la gélose, et la pomme de terre où il donne une culture jaunâtre et sèche. Il est très peu mobile et se colore mal par les teintures d'aniline. Il ne fluidifie pas la gélatine et forme, à sa surface, une pellicule blanchâtre qui n'atteint jamais les parois du verre. Il croit avec une très grande énergie dans l'eau de Seine stérilisée et sa présence peut être décelée dans l'eau ou les matières fécales par la méthode des plaques. Les colonies isolées sur plaques de gélatine prennent en effet à une période de leur développement une apparence spéciale utile pour le diagnostic. Lorsqu'elles ont un volume à peine visible à l'œil nu, elles donnent à un faible grossissement l'image d'une tache claire. Un peu plus tard, elles prennent une teinte jaunâtre et paraissent alors constituées par la réunion de deux cercles concentriques : l'intérieur est plus foncé et son contour est quelque peu accidenté, l'extérieur est plus clair et sa circonférence plus régulière. A un développement plus avancé, elles perdent leur teinte jaune pour prendre un aspect blanchâtre et granuleux. Jamais le diamètre de ces colonies ne dépasse celui d'une lentille. Nous n'avons pu encore observer la formation des spores. — Nous avons expérimenté avec des cultures pures sur le cobaye soit par l'injection buccale, soit par l'inoculation dans l'intestin, soit par l'injection intra péritonéale. Les cobayes nourris par la bouche avec des cultures pures paraissent pendant les premiers jours ne ressentir aucun mauvais effet de ce traitement. Si on les sacrifie au bout de huit jours, on trouve l'estomac parsemé de quelques ulcérations du volume d'une petite lentille. La première partie du gros intestin renferme des matières très liquides et contient des microbes injectés ; son diamètre est augmenté, ses parois épaissies et parsemées d'ecchymoses, les follicules clos sont atrophiés. Si l'on a pris soin d'alcaliniser l'estomac avec du carbonate de soude avant l'injection du bacille dysentérique, les lésions produites par le microbe sur la muqueuse gastrique sont beaucoup plus accentuées. Elles se présentent sous forme de larges plaques ulcérées, à contours irréguliers, recouvertes d'une fosse membrane pultacée et reposant sur des parois indurées blanchâtres, d'aspect fibreux. L'injection intra-péritonéale fait périr les cobayes en deux ou trois jours avec péritonite, péricardite et pleurésie fibrineuse. L'examen bactériologique décèle les microbes en culture pure dans les fausses membranes et le sang. L'inoculation intra-intestinale après laparatomie donne les résultats les plus significatifs. Sur des animaux sacrifiés au bout de huit jours, nous avons trouvé la première partie du gros intestin très épaissie et la cavité intestinale remplie de diarrhée liquide contenant le microbe. La membrane muqueuse était gonflée, ecchymosée, ulcérée, les follicules clos étaient hypertrophiés ainsi que les ganglions mésentériques. A l'examen microscopique, les lésions apparaissent disséminées par foyers isolés les uns des autres. Les régions malades montraient un catarrhe intense des glandes intestinales. Entre les tubes glandulaires, on voyait pénétrer dans l'intérieur des tuniques intestinales un grand nombre de bacilles qui allaient former des foyers entre la muqueuse et la celluleuse. Ces foyers avaient un volume variable, ils étaient surtout abondants dans les follicules clos. La semence prise au niveau de ces points donnait des cultures pures du bacille inoculé huit jours auparavant. Le foie présentait deux ou trois foyers dans lesquels le parenchyme était devenu jaunâtre. Sur les coupes colorées au bleu de mythyléne en solution

ammoniacale, on constatait une nécrose de coagulation au centre des espaces porte, et dans les capillaires adjacents des microbes semblables aux bacilles inoculés. La présence du bacille que nous décrivons dans les parois intestinales, les ganglions mésentériques et les organes profonds d'un homme ayant succombé à une poussée aiguë de dysentérie, son absence dans les garde-robes de l'homme sain, les lésions qu'il fait naître dans l'intestin et les viscères du cobaye plaident en faveur de sa spécificité.

M. Le Roy de Méricourt fait observer que MM. Normand et Guinon ont déjà publié une étude sur le microbe de la diarrhée de la Cochinchine. Le régime lacté constitue le meilleur traitement de cette diarrhée. Le problème étiologique reste obscur, puisque la maladie n'est pas transmissible de l'homme à l'homme; aussi, M. Le Roy de Méricourt pense-t-il que la dysentérie des pays chauds est due à une fermentation.

M. Constantin Paul, après avoir rappelé que Trousseau proscrivait le bouillon chez tout individu atteint de la dysentérie, déclare que la communication de M. Cornil apporte aujourd'hui une consécration expérimentale à la pratique de Trousseau.

M. Cornil n'ignore pas les travaux auxquels M. Le Roy de Méricourt fait allusion; ces travaux remontent à une époque où tout était confusion, puisqu'on ignorait les microbes qui vivent à l'état normal dans l'intestin. L'origine parasitaire d'une maladie n'a jamais été en contradiction avec la non contagiosité de cette maladie.

M. Rochard fait remarquer que la dysentérie n'est pas toujours identique à elle-même et que, sous ce nom, on doit entendre, non une maladie, mais un symptôme.

M. Decaisne fait une communication sur *le vertige des fumeurs*. L'expérimentation démontre que la nicotine fait contracter les muscles des vaisseaux. La contraction exagérée des vaisseaux de l'encéphale produit le vertige. Lorsque la réaction se manifeste, les mêmes organes se dilatent et engendrent la congestion. M. Decaisne préconise le traitement suivant: la suppression absolue du tabac, ou la règlementation de l'habitude; les laxatifs, les bains tièdes, la magnésie, les amers, les injections hypodermiques d'éther.

M. Rochard fait une communication sur *les colonies scolaires de vacances*, à l'occasion du travail que M. Blayac a adressé à l'Académie. Tous les ans, à l'époque des vacances, on fait voyager les enfants des écoles; cette pratique a donné d'excellents résultats. Toutefois, il semble que le simple séjour à la campagne est encore préférable aux voyages.

M. Lagneau pense que les voyages de vacances sont excellents pour les élèves déjà grands, mais fatigants pour les jeunes enfants.

M. Rochard voudrait que la pratique de ces voyages se généralisât chez les élèves des lycées, dont les parents peuvent aisément subvenir aux frais de voyages. M. Rochard estime également que les enfants des écoles se trouveraient mieux d'un séjour au bord de la mer ou dans les montagnes.

M. Terrillon rapporte trois nouveaux cas de *salpingite* opérés et guéris. Il s'agit de salpingite catarrhale simple avec épaississement des parois de la trompe avec altérations variables de l'ovaire. Cette variété de salpingo-ovarite est difficile à diagnostiquer à cause de son petit volume.

M. Prunier lit plusieurs *rapports* officiels sur les *remèdes secrets* dont les conclusions sont successivement mises aux voix et adoptées.

M. le Pr Le Fort a présenté à l'Académie une *nouvelle canule à trachéotomie* du Dr Reynal O' Connor et qui a été remise à M. le Dr Mackenzie, à Berlin. Dans un de nos prochains numéros nous donnerons la description et la gravure de cette nouvelle canule fabriquée par M. Collin.

A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 13 avril 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Desnos donne lecture d'une lettre de M. le Dr Salle, rapportant l'histoire d'un malade atteint d'*hémoglobinurie paroxystique* depuis deux ans. D'après l'auteur de cette lettre, cette maladie a une origine hématique et l'hémoglobinurie ne se manifesterait que consécutivement à un trouble nerveux, sous la dépendance de la maladie elle même. Il n'admet pas d'altération primitive de rein.

M. Hayem de nouveau persiste à croire que les preuves de l'origine sanguine de l'hémoglobinurie paroxystique à frigore, est loin d'être aussi nettement démontrée qu'on veut bien le dire. Dans la plupart des cas, l'examen du sang n'a pas été fait, ou bien a été très-insuffisant; l'hémoglobinhémie est donc loin d'être prouvée Quant au refroidissement, ce n'est pas une cause efficiente absolue dans la production de l'accès; les émotions, la marche, etc., peuvent produire le même effet. L'absence de lésion rénale préalable, n'est pas non plus démontrée. La pathogénie de l'hémoglobinurie est donc encore obscure.

M. Millard rapporte un fait très caractéristique d'hémoglobinurie paroxystique, se manifestant par crises parfois légères, s'accompagnant ordinairement de douleurs rénales, comme dans la congestion rénale.

M. Robin a observé un jeune homme dont les accès survenaient sous l'influence de la fatigue. Pendant l'accès, le serum sanguin restait normal. Lorsque la fatigue était moindre, il y avait dans l'urine seulement des globules blancs, et des tubes rénaux, mais pas d'hémoglobinurie. Pendant une des crises, le malade rendit un bouchon fibrineux, chargé d'acide urique et d'urates. Ces faits plaident donc en faveur de l'origine rénale de l'affection. On doit donc considérer que l'hémoglobinurie résulte d'une destruction globulaire qui se passe probablement dans le rein, mais qui, vraisemblablement, ne peut se produire que lorsqu'il existe un état général prédisposant.

M. Brocq rapporte de nouveaux faits, dans lesquels il a appliqué sa méthode de traitement de l'hypertrichose par l'électrolyse. Il se sert toujours d'une aiguille, de platine extrêmement fine que l'on fait pénétrer dans l'intérieur même du follicule pileux. Le courant ne doit pas dépasser 2 à 5 milliampères; le temps d'application varie beaucoup suivant les sujets. Quant au nombre des poils à détruire, il ne doit pas dépasser 30 à 40 par séance et encore ne doit-on dans les premières séances n'enlever que quelques poils, afin de tâter la susceptibilité du sujet. Il faut bien savoir que chaque piqûre laisse une petite vésicule à laquelle succède soit une petite dépression, soit une petite tache blanche; aussi doit-on bien se garder dans tous les cas, d'enlever en une même séance deux poils contigus afin d'éviter la production de cicatrices. Les poils détruits par l'électrolyse ne se reproduisent plus dans la plupart des cas, C'est donc la seule méthode à employer lorsqu'on veut détruire définitivement des poils mal placés; l'épilation en effet n'empêche pas les poils de revenir, et ils repoussent plus durs et plus irréguliers qu'auparavant. Le frottement avec des poudres de talc ou d'amidon, fait, cependant quelquefois, mais à la longue disparaître des duvets.

M. Comby a observé une petite fille de vingt mois, atteinte d'hémiathétose du côté droit sans anasthésie ni atrophie musculaire. C'est une enfant souffrant continuellement d'accidents gastro-intestinaux, et un peu rachitique, l'affection a débuté par des convulsions.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Chauvel, à propos de la discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen, rapporte une observation qui lui a été envoyée par M. le Dr Darcière. Il s'agit d'un homme de 29 ans qui, dans une tentative de suicide se tira un coup de revolver dans le 8me espace intercostal gauche, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. La balle, du calibre de 11 millim. fut retrouvée sous la peau au niveau de la 12me vertèbre dorsale; son extraction fut pratiquée. Le patient, en proie à de violentes douleurs, propagées jusqu'à la région axillaire droite ne tarda pas à mourir dans le collapsus après avoir rendu une certaine

quantité d'urine teintée de sang. A l'autopsie on trouva une fracture de la 7me côte, le poumon et le cœur étaient intacts, le diaphragme, présentait une perforation bouchée par un fragment d'épiploon. Le rein gauche avait été atteint par le projectile et réduit en bouillie, aussi 1 litre 1/2 de sang se trouvait dans la cavité péritonéale. Le tube digestif n'était le siège d'aueune lésion. M. Chauvel pense que dans ee cas, le projectile a glissé entre les viscères, ce qui lui a été facilité par la vacuité de l'estomae au moment de l'accident. La mort a été la conséquence de l'hémorrhagie fournie par la blessure du rein. Ici l'intervention eut seule été capable de guérir le malade.

M. TRÉLAT rappelle que dans une discussion antérieure il a défendu cette proposition : les blessures de l'intestin grèle sont toutes mortelles. L'intervention seule peut donner des chances de guérison. Il n'a pas ehangé d'opinion et eroit encore à l'impossibilité d'une guérison spontanée. Le bouchon muqueux qui, d'après les auteurs, peut jouer un rôle curatif est pour lui non seulement illusoire mais encore dangereux. D'ailleurs, il considère tous les faits présentés à la Soeiété comme favorables aux interventionnistes. Si l'on n'est pas certain d'avoir affaire à une plaie pénétrante de l'abdomen on peut pratiquer l'exploration, mais s'il y a du tympanisme et si le malade est dans le collapsus, il faut toujours faire la laparotomie.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE insiste sur la difficulté du diagnostic de plaie pénétrante de l'abdomen.

M. DESPRÉS croit ce diagnostic possible, on peut même, d'après lui, reconnaître l'organe lésé.

M. RECLUS eonsidère que la laparotomie est surtout indiquée, lorsqu'il y a une hémorrhagie interne ; mais, dans ce eas, il est très difficile de faire le diagnostic avec le choe traumatique, et, comme on dit qu'il ne faut pas opérer quand le blessé est sous l'influence de ce dernier état, il en résulte que l'on s'abstient souvent, lorsque l'indication d'opérer existe formellement. M. Reclus considère pour ces raisons l'état de choc comme une indication opératoire. Quant à l'assertion de M. Trélat que toute plaie de l'intestin grêle est mortelle, elle tombe devant les faits cliniques et expérimentaux. M. Reclus ne redoute pas non plus l'oblitération d'une plaie intestinale par un bouehon muqueux : si celui-ci est septique, il provoque une petite péritonite localisée se traduisant par la formation d'adhérences oblitérant encore l'orifiee de l'intestin. La médication opiacée a pour effet d'immobiliser l'intestin quelques heures, c'est-à-dire le temps nécessaire à la formation de ces adhérences, sans que pendant ce travail plastique, les matières féoales sortent du tube digestif. Chez tous ses malades, M. Reclus a pratiqué le cathétérisme de la plaie pour s'assurer de sa pénétration. Il affirme encore l'extrême gravité des manipulations que l'on fait subir à l'intestin lors de la laparotomie pour plaies abdominales.

M. MARC SÉE considère l'exploration du trajet suivi par la balle comme destinée à localiser les recherches ultérieures du chirurgien pendant la laparotomie ; connaissant lo chemin de la balle, on n'a plus besoin de dérouler tout l'intestin, et on peut se borner à l'examen des parties situées dans la direction connue du projectile.

M. TILLAUX est convaincu de la possibilité de la guérison des plaies intestinales sans aueune intervention ; il a, en effet, rapporté l'histoire d'un jeune homme qui, ayant eu l'abdomen traversé de part en part par une balle de revolver, guérit sans opération, bien que l'intestin et le rein aient été intéressés.

M. RECLUS connait au moins dix observations semblables à celle de M. Tillaux.

A 5 heures, la Société se forme en comité secret, et la suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

ISCH-WALL.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 28 *mars* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. GRANCHER.

M. NAPIAS lit une note sur uno *épidémie de fièvre typhoïde à l'Institution des aveugles.* Cette épidémie éclata en novembre 1887. Il fut impossible d'en trouver les causes, seules les eaux pouvaient être incriminées, l'établissement ne recevait jusqu'alors que de l'eau de Seine et de l'eau de l'Ourcq. On établit une eanalisation spéciale d'eau de source, et quelques jours après l'épidémie diminuait, et disparaissait bientôt.

M. HERRCHER prend la parole sur *la désinfection des crachoirs des tuberculeux* sur laquelle M. Grancher avait déjà fait une communication. Il montre, les chiffres en main, qu'il est préférable d'installer un appareil unique par salle. Chaque crachoir à désinfecter revient à un centime et demi.

M. LAURENT annonce à la Société que la Soeiété normande d'hygiène pratique a l'intention d'ouvrir à Rouen du 20 mai au 25 juin une exposition d'hygiène pratique.

M. BROUARDEL présente au nom du Dr Liegey (de Choisy-le-Roi) une observation relative à un *empoisonnement de toute une famille par des viandes altérées.* — Puis, au nom du Dr Layet, professeur d'hygiène à Bordeaux, une communieation sur « le *surmenage du cœur chez les apprentis.* » Les irrégularités du cœur cessaient par le repos et recommençaient par le travail. Il n'y a aucune corrélation entre le travail et les troubles cardiaques, qu'on peut rapporter à des troubles de croissanee du cœur. C'est un épuisement nerveux. Tout apprenti dont la croissance est accélérée doit être tenu dans un repos relatif.

M. LAGNEAU rappelle que M.G. Sée a présenté il y a quelques années à l'Académie des sciences un travail analogue, dans lequel il a signalé le cœur forcé chez les jeunes gens à l'âge de la puberté.

M. COLIN dépose une série d'observations recueillies par M. le Dr Sehmitt, relatives à l'*intoxication par le fromage de porc altéré.*

M. . . . . fait une communication sur *la désinfection des objets de literie déposés au Mont-de-piété.* Comme les matelas, couvertures, etc., sont souvent déposés au mont-de-piété, après une maladie ou un déeès, ils peuvent contaminer les autres objets de literie. Grâce à l'épuration par la vapeur sous pression, on n'a plus à craindre ces dangers. Le service a commencé en juin 1887, et depuis cette époque 28,790 objets de literie ont été désinfectés. Il n'y a plus de mauvaises odeurs dans les magasins, et les puces et punaises ont disparu. Depuis le 1er janvier 1888 on a construit quatre étuves différentes qui fonctionnent aujourd'hui.

M. TRÉLAT revient sur la *désinfection des baraques des varioleux à l'hôpital Saint-Louis.* Tout en reconnaissant que le chirurgien, ses aides, et le personnel jouent un grand rôle dans les résultats opératoires, M. Trélat croit qu'il ne faut pas négliger les belles constructions qui donnent de l'air et de la lumière, et que le milieu dans lequel le chirurgien opére n'est pas si indifférent.

M CHAMPIONNIÈRE. — Le milieu peut être indifférent ; mais ce qui est indispensable, c'est l'éducation du chirurgien et de ses aides. Certes il vaudra toujours mieux une belle construction qu'une mauvaise baraque, mais le chirurgien a le droit de blâmer les constructions coûteuses et inutiles, dans lesquelles on aura encore des accidents. Une bonne antisepsie vaut une bonne construction ; avant tout il faut une construction facile à nettoyer.

M. TRÉLAT admet les conclusions de M. Championnière, pour la chirurgie, mais non pour la médecine,

M. GRANCHER regrette le mauvais état dans lequel se trouvent certains services de médecine. Aux Enfants-Malades il existe des pavillons d'isolement, et cependant un grand nombre des petits malades meurent dans les salles de maladies pour lesquelles ils ne sont pas entrés. Ces accidents sont dus au mauvais fonetionnement des pavillons d'isolement. Les pavillons sont isolés, mais tout le reste est commun. De plus le chef de service change tous les deux mois, ce qui rend toute thérapeutique impossible, sauf la thérapeutique de la religieuse qui reste toujours là. Chaque chef en deux mois n'a pas le temps dc former son service. Les salles ne possédent pas d'appareils à désinfection ; il est même impossible de laver les verres et fourchettes à l'eau bouillante ; car il n'y a qu'un office par salle, et le fourneau de l'office ne peut pas donner de l'eau bouillante. Les ustensiles ne sont lavés qu'à l'eau tièdc. En médecine l'antisepsie donnerait, comme en chirurgie,

d'excellents résultats, mais avec l'installation actuelle elle est impossible.

M. Championnière. — L'isolement n'est rien ; il faut qu'il soit aidé par l'antisepsie.

M. Decaisne lit un travail *sur la protection de l'enfance et la mendicité.* A. Martha.

CONSEIL D'HYGIÈNE

Rapport sur les questions posées au Conseil d'hygiène par la Commission du Sénat relativement à l'assainissement de la Seine ; par M. le Dr J. Rochard.

Paris, le 22 mars 1888.

Monsieur le Préfet,

Vous avez chargé le Conseil d'hygiène publique et de salubrité d'examiner une série de questions que la Commission du Sénat relative à l'assainissement de la Seine vous a prié de lui soumettre. Le Conseil s'est réuni, à cet effet, le 9 et le 16 mars; il a discuté successivement les quatre questions adressées par la Commission du Sénat, dans l'ordre et dans les termes où elles étaient posées, et les a résolues de la façon suivante :

I. — La première était celle-ci : *L'épandage des eaux d'égout, tel qu'il est pratiqué à Gennevilliers et tel qu'il résulterait de l'adoption par le Sénat du projet de loi, voté par la Chambre, sur l'utilisation agricole des eaux d'égout et sur l'assainissement de la Seine, offre-t-il des dangers, au point de vue de la salubrité publique?*

Le Conseil a répondu négativement par 24 voix contre 7.

La minorité qui s'est produite s'appuyait sur l'autorité et sur les doctrines de M. Pasteur. Notre illustre collègue a en effet manifesté, au cours de la discussion, la crainte que la quantité d'eau d'égout qu'il s'agit de déverser sur les terrains d'Achères ne finit par saturer le sol de germes infectieux. Ces germes ne sont pas détruits par l'oxydation qui se produit aux dépens de la matière organique. Il en est un certain nombre qui passent à travers les couches du terrain et se retrouvent dans l'eau qui coule par les drains, malgré sa limpidité et sa pureté apparente; les autres s'arrêtent en chemin, vivent et se reproduisent sur place. Les champs d'épuration sont donc de véritables terrains de culture pour les microbes. Les végétaux qu'on y fait venir peuvent en renfermer. L'échange qui s'opère sans cesse entre ces champs et les marchés de la ville est également dangereux. Pour que l'épandage fût inoffensif, il faudrait, ou laisser ces terrains en friche, ou n'y verser qu'une quantité d'eau d'égout beaucoup plus faible, ainsi que cela pourrait se faire si, au lieu de se borner à utiliser quelques centaines d'hectares aux environs de Paris, on conduisait les eaux d'égout jusqu'à la mer, à l'aide d'un canal suivant la vallée de la Seine, et déversant ses produits tout le long de son trajet, dans une proportion suffisante pour fertiliser les champs, mais trop faible pour les saturer.

La majorité de la Commission, malgré son respect pour l'autorité de M. Pasteur et son admiration pour ses découvertes, n'a pas pu partager ses craintes, parce qu'elle est convaincue que le système de l'épandage n'est pas en contradiction avec les grands principes qu'il a posés, et qui sont devenus les bases de la pathologie et de l'hygiène contemporaines.

En effet, si les eaux d'égout étaient projetées sur les plantes mêmes, on pourrait craindre qu'elles n'y déposassent leurs germes; mais elles ne servent pas à l'arrosage des champs d'épuration; elles coulent dans des rigoles de 20 à 40 centimètres de profondeur entre des plates-bandes de 1, 2, 3 et même 4 m. de largeur.

Il n'y a donc pas à craindre que les légumes cultivés sur les champs d'épandage puissent transmettre aux gens qui s'en nourrissent les maladies infectieuses dont les eaux d'égout peuvent contenir les germes.

Ces objections, du reste, s'adressent bien plus aux irrigations qui se font depuis dix-sept ans à Gennevilliers qu'à celles qu'il est question de faire à Achères. Gennevilliers est plus près de Paris, plus habité. Toute la presqu'île se livre à la culture maraîchère, et, comme les champs appartiennent à des propriétaires, il est impossible d'y rien changer; tandis qu'à Achères, les terrains appartiennent à l'Etat et il est possible que les 600 hectares concédés à la Ville soient cultivés en prairies. Dans ce cas, le foin qu'on y récoltera ne pourra pas transmettre aux animaux qui le consommeront les germes de maladies qui n'appartiennent pas à leur espèce.

L'épandage, du reste, n'est pas une nouveauté. Il a déjà fait ses preuves à l'étranger comme chez nous, et, partout où on l'a mis en pratique, on a vu la mortalité diminuer d'une manière sensible. Il en est de même à Gennevilliers où la Commission de 1880 a reconnu que la mortalité infantile s'était abaissée de 14.18 0/0 à 12.96 0/0, depuis qu'on y pratique des irrigations.

Quant aux 40.000 mètres cubes par an qu'on doit y déverser, la majorité du Conseil, bien que convaincue que cette quantité n'est pas exagérée, conserve l'espérance, dans l'intérêt même de la culture et pour une utilisation plus complète de ces eaux fertilisantes, que les terrains d'Achères ne sont que la seconde étape de l'épandage. La Ville s'empressera certainement d'utiliser ceux qu'elle possède déjà, les 500 hectares qu'elle loue dans la plaine de Créteil et les 500 qu'elle possède à Méry-sur-Oise. Relativement à ces derniers, le Conseil municipal, dans sa séance du 21 mars dernier, a approuvé les conclusions de la 6e Commission invitant, par l'organe de son rapporteur, M. Deligny, l'Administration à étudier immédiatement les moyens de conduire les eaux d'égout de Paris sur les terrains communaux de Méry-sur-Oise, et autorisant M. le Préfet de la Seine à entrer en négociation avec M. de Sainte-Marie, propriétaire, pour l'achat de 200 hectares de terrain faisant partie du groupe qui commence au village de Verneuil et finit à la vallée de la Mauldre, afin d'y déverser une nouvelle quantité d'eau d'égout. Ce groupe est figuré sur la carte dressée par M. Carnot, et que M. le Directeur des Travaux de Paris a mise sous les yeux du Conseil. Si les 10.000 hectares qui y sont indiqués étaient utilisés, ils ne recevraient guère par an que 10.000 mètres cubes chacun, et c'est la quantité que la minorité du Conseil considère comme inoffensive. Cette solution se rapprocherait beaucoup de celle que recommande M. Pasteur, en proposant le canal à la mer.

Ce canal, dans le cas où il s'agirait de lui confier toute la masse des eaux d'égout de Paris, est considéré comme impraticable par les ingénieurs.

Il résulte, en effet, d'une enquête dont M. Léon Faucher a communiqué les résultats au Conseil, qu'on ne peut déverser les eaux impures sur le littoral de la Manche que pendant les trois heures qui précèdent la haute mer. Il faut donc les retenir pendant 18 heures sur 24, et, pour la totalité des eaux de Paris, il faudrait construire des réservoirs d'attente d'une dimension immense. En admettant qu'ils aient 10 mètres de profondeur sur 30 de largeur, il faudrait leur donner une longueur d'un kilomètre, et les établir en double pour pouvoir les nettoyer et les curer de temps en temps.

On voit donc que cette solution si séduisante du canal à la mer n'est pas réalisable dans la pratique.

II. — Deuxième question : *Existe-t-il, relativement à la préservation des eaux de la Seine, un système connu meilleur au point de vue de la salubrité publique?*

Le Conseil a été unanime pour répondre à cette question par la négative.

Elle est, en effet, depuis longtemps résolue dans ce sens. La filtration, en admettant qu'elle puisse s'appliquer à des masses d'eau semblables, pourrait arrêter les grosses matières en suspension et rendre l'eau plus claire; mais elle laisserait passer les substances dissoutes ainsi que les microbes qui transmettent les maladies.

Quant aux procédés chimiques, toutes les commissions françaises et anglaises ont conclu à leur rejet, et, en admettant qu'on trouve un réactif remplissant les conditions exigées, il en faudrait des quantités énormes pour épurer les 300.000 m. cubes d'eau que Paris souille chaque jour, et on ne saurait que faire des résidus.

Il n'y a que le sol qui puisse y suffire. Il faut les confier à la terre, ce grand laboratoire, d'où tout sort et où tout doit rentrer. Il faut imiter la nature qui, par l'intermédiaire des pluies, entraîne, à travers le sol, toutes les impuretés atmosphériques et autres, pour les soumettre à une oxydation progressive, après laquelle ces eaux épurées et filtrées vont alimenter les

sources vives qui fournissent les eaux potables les plus saines et les plus pures.

III. — Troisième question: *Le système du* tout à l'égout *pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal, le* 28 *février* 1887, *présente-t-il des inconvénients pour la santé publique?*

Cette question, au sujet de laquelle on aurait pu s'attendre à de longs débats, a été résolue presque sans discussion. Tout s'est borné à quelques explications demandées à M. le Directeur des Travaux de Paris. Ses réponses ont rassuré tous les esprits. M. Alphand a fait observer qu'il ne s'agissait pas de projeter immédiatement, dans les égouts, toutes les matières de vidange; que le *tout à l'égout*, pour être praticable, exigeait un ensemble de conditions qui no pouvaient se réaliser qu'avec le temps. Il faut d'abord que les maisons particulières s'y prêtent, que les cabinets d'aisances soient munis d'un effet d'eau de dix litres par jour et par personne, que les cuvettes, que les tuyaux de chute soient pourvus de siphons hydrauliques, comme dans les maisons anglaises, et ces transformations ne peuvent s'opérer qu'avec le consentement et aux frais des propriétaires. Il faut que les égouts soient disposés en vue du nouveau système; qu'ils aient la pente nécessaire, qu'ils soient tout à fait étanches, que les bouches, les raccords soient installés dans ce but, qu'ils soient pourvus de réservoirs automatiques. Tout cela se trouve réuni dans les canalisations de fraîche date, mais les vieux égouts ne sont pas dans le même cas; ils auront besoin d'être refaits avant de recevoir les vidanges, et, d'ailleurs, sur les 1.040 kilomètres que prévoit le plan de Belgrand, il y en a encore 174 à construire et on n'en fait que 9 par an en moyenne.

D'une autre part, la Ville n'a pas la quantité d'eau nécessaire pour produire l'entraînement rapide qu'exige le *tout à l'égout*, ni pour distribuer, dans toutes les maisons, les dix litres d'eau par personne et par jour que réclament les water-closets. Il faudra, pour que le système se généralise, attendre la dérivation des eaux de la Vigne, de Vernouil, de la source de Cochepies, etc. Enfin, les terrains d'épandage ne suffisent pas, comme la discussion de la première question l'a prouvé.

Toutes ces conditions ne peuvent se remplir qu'avec le temps. Elles marcheront parallèlement et l'application du système se fera d'une manière insensible. Elle demandera dix ou quinze ans pour s'accomplir, dans les quartiers où elle sera possible. Les égouts reçoivent déjà les vidanges de 33.000 tinettes filtrantes de 27 établissements publics et d'un certain nombre de maisons particulières; ils en recevront un peu davantage tous les ans; mais comme on y projettera en même temps une bien plus grande quantité d'eau, la dilution sera la même et la population ne s'en apercevra pas plus qu'aujourd'hui.

Le Conseil peut répondre négativement à la question du Sénat, avec d'autant plus de sécurité, que le règlement voté par le Conseil municipal le 28 février, et sur lequel il est appelé à émettre un avis, ne rejette aucune solution. Il fait la part à la canalisation spéciale; et, dans l'assainissement de Paris, le Conseil municipal se réserve de prononcer en dernier ressort sur le choix du système qui devra être appliqué dans tel ou tel quartier, suivant les convenances locales.

A la suite de ces explications, le Conseil n'a pas hésité à répondre négativement par 23 voix contre 11, sur la troisième question.

IV. — La quatrième était ainsi conçue: *Y a-t-il un système de vidange connu qui offre moins d'inconvénients pour la santé publique?*

Le Conseil s'est divisé sur ce sujet et la discussion a été plus vive que sur les autres.

Plusieurs membres ont pris la parole en faveur de la canalisation spéciale. Bien qu'aucun système n'ait été plus particulièrement préconisé, la pensée de tout le monde se reportait tout naturellement sur celui qui a été installé, il y a sept ans, sur un parcours allant de Levallois-Perret à la Madeleine et qui fonctionne, d'une manière satisfaisante, à la caserne de la Pépinière, ainsi que dans une partie du 8e et du 9e arrondissement.

Ce système ingénieux a séduit beaucoup de gens qui le considèrent comme la véritable solution du problème. La majorité du Conseil n'a pas été cet avis. La canalisation spéciale, quelque ingénieuse qu'elle soit, a des inconvénients dont il est impossible de l'affranchir.

Le premier est commun à tous les appareils mécaniques, c'est qu'elle n'offre pas de sécurité. La seconde objection que les hygiénistes font à l'adoption de la canalisation spéciale, c'est qu'elle rend impossible la propreté rigoureuse des cabinets d'aisances, qu'on ne peut obtenir dans les maisons d'ouvriers qu'à la condition d'y projeter des torrents d'eau. Avec les dix litres par jour et par habitant que leur nettoyage exige, on aurait à conduire dans la canalisation fermée environ 30,000 mètres cubes de liquide par jour. On ne peut pas les conduire à la mer pour les raisons précédemment indiquées et, dès lors, il faudrait les verser dans des dépotoirs et dans des usines à transformation.

C'est là le dernier et le plus grave des inconvénients qu'on reproche au système de la canalisation: c'est qu'il maintient les dépotoirs, qui sont des foyers d'infection et d'insalubrité répandus autour de la ville. Tels qu'ils sont aujourd'hui, ils soulèvent des protestations unanimes. Que serait-ce donc s'ils avaient à traiter chaque jour cent mille tonnes d'eau chargée d'urines et de matières fécales?

Pour ces motifs, le Conseil a répondu négativement à la quatrième question par 17 voix contre 15, sur 32 votants.

Au cours de la discussion, il avait été convenu qu'il serait répondu par oui ou par non aux questions posées par le Sénat, mais que le Conseil se réservait la faculté, ces réponses une fois votées, de corriger ce qu'elles pourraient avoir de trop absolu par des propositions qui seraient discutées ensuite. Une addition à la première réponse a été proposée par MM. Trélat, Levraud, Hétier, Michel Lévy, Proust et Ollivier, dans les termes suivants:

« Pour donner au nouveau système d'assainissement toute « sa valeur, il est indispensable: 1° D'en hâter l'application « intégrale; 2° D'augmenter, dans le plus bref délai possible, « les surfaces d'épandage qui sont actuellement restreintes, « même après l'adjonction des terrains d'Achères; 3° D'amener « d'urgence à Paris les eaux potables des sources nouvellement « acquises par la Ville. »

Ces propositions, répondant aux désirs et aux aspirations du Conseil tout entier, ont été adoptées à l'unanimité des voix.

MM. Riche, Armand Gautier, Jungfleisch, Goubaux et Lageneau ont ensuite proposé l'amendement suivant: « La ville « de Paris devra poursuivre l'étude de l'établissement de cana- « lisations fermées pour l'évacuation des vidanges. »

Cet amendement a été adopté par 15 voix contre 10. Il n'est pas en contradiction absolue, comme on pourrait le croire au premier abord, avec le vote de la quatrième question posée par le Sénat. En effet, ce que le Conseil a sanctionné par son vote, c'est le système du *tout à l'égout* pratiqué conformément au règlement voté par le Conseil municipal le 28 février 1887; or, ce règlement fait une part convenable à la canalisation spéciale ou continue et se réserve de déterminer les cas dans lesquels elle pourra être appliquée.

D'une autre part, la majorité du Conseil n'a jamais eu la pensée que le dernier mot fût dit sur cette question et, tout en reconnaissant que les systèmes de canalisation spéciale mis en œuvre jusqu'ici ne fournissent pas une solution complète du problème, en ce qui concerne la ville de Paris tout entière, elle ne se refuse pas à admettre qu'on pourra un jour en découvrir de plus satisfaisants.

Le troisième et dernier amendement, proposé par M. Armand Gautier, était conçu de la manière suivante: « Les surfaces d'épandage des eaux d'égout doivent être telles qu'elles reçoivent au maximum 12,000 mètres cubes par hectare et par an. »

Il a été repoussé à une forte majorité, parce qu'il était en contradiction avec le vote relatif à la première question posée par le Sénat; parce que le Conseil n'a pas qualité pour fixer un maximum autre que celui que la Chambre des députés a accepté, et enfin, parce que le Conseil, en émettant le vœu que les surfaces d'épandage fussent augmentées, dans le plus bref délai possible, a donné satisfaction aux désirs de M. Gautier, dans une mesure suffisante.

Après avoir voté sur ces derniers amendements, le Conseil a

décidé qu'il y avait lieu de nommer un rapporteur pour rendre compte de la discussion et de ses résultats. Il m'a fait l'honneur de me charger de cette mission et je m'en acquitte en vous adressant ce travail.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

XII. Le colchique et la colchicine; par Laborde et Houzé. — Paris, 1887, J. Steinheil, éditeur (1).

XIII Comparaison de l'antipyrine et du salicylate de soude dans le traitement des affections douloureuses et en particulier dans le traitement des affections rhumatismales; par le Dr Charles Bayoux. — Paris, 1888.

XIV. Le Képhir, ou champagne lacté du Caucase; par le Dr Kosta Dinith. — Paris, 1888.

XV. La géoline (*il Progresso Medico*, 1887).

XVI. Le méthylal; action physiologique et thérapeutique; par MM. Mairet et Combemale.

XVII. Cocaïne. — Son action physiologique et son emploi dans la morphinomanie; le Dr Edward C. Mann.

XVIII. Du permanganate de potasse dans le traitement des troubles de la menstruation; par le Dr W. P. Ellis.

XII. MM. Laborde et Houzé considèrent la colchicine comme un agent curatif et surtout préventif de l'accès goutteux proprement dit. Elle devra être administrée sous la forme pilulaire ou granulée, de la façon suivante :

1° Dans le cas d'accès de goutte déclaré, dès les premiers symptômes, prendre : Le premier jour, 4 granules (de un milligr.), à un quart d'heure d'intervalle l'un ; le deuxième jour, 3 granules ; le troisième jour, 2 granules ; le quatrième jour, 1 granule. Attendre ensuite plusieurs jours (de 6 à 8), puis recommencer de la même manière l'administration du médicament, s'il y a lieu, c'est-à-dire, si les premiers effets n'ont pas amené la résolution de l'accès.

2° Dans le cas de prévention, dès les prodromes et l'imminence de l'accès : le premier jour, 3 granules, à une distance de une à deux heures l'une ; le deuxième jour, 2 granules ; le troisième jour, 1 granule. D'habitude cette dose suffit pour couper court à l'accès et le prévenir. Mais elle pourrait être renouvelée, s'il en était besoin, en continuant selon les mêmes préceptes le quatrième jour. Il peut y avoir lieu de répéter aussi le deuxième jour la dose de 3 granules, comme le premier, dans le cas surtout où l'on ne sentirait pas l'accès suffisamment bridé pour être sûr de son avortement.

XIII. Cette thèse, faite sous l'inspiration de M. le professeur Germain Sée, a pour but de préciser les indications de l'un et l'autre médicament. Nous en transcrivons les conclusions : Dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, le salicylate de soude est un excellent médicament, à la condition que les reins soient parfaitement sains et que le système nerveux ne soit pas trop excitable. En présence d'un sujet albuminurique, ou très nerveux, surtout d'une femme, le salicylate de soude offre de grands inconvénients. L'antipyrine convient à merveille en pareil cas. Le salicylate de soude échoue fréquemment dans les états douloureux apyrétiques. Il n'agit sur le rhumatisme chronique qu'au moment des paroxysmes aigus. Il échoue le plus souvent dans les rhumatismes musculaires, les névralgies. Il échoue presque toujours dans les douleurs fulgurantes liées à une affection de la moelle, presque toujours dans le rhumatisme blennorrhagique. L'antipyrine, au contraire, donne d'excellents résultats dans ces cas. Elle réussit de même dans le rhumatisme blennorrhagique localisé et persistant. Au point de vue antiseptique, les applications locales de l'antipyrine et du salicylate de soude ont une valeur inégale.

Il semble que les injections d'antipyrine soient notablement supérieures aux injections d'acide salicylique et de salicylate de soude dans les cas de blennorrhagie. Toutefois, c'est une question encore à l'étude. D'une façon générale, l'antipyrine est mieux tolérée que le salicylate de soude. Son équivalent toxique est plus élevé. Elle ne paraît pas avoir d'action nuisible sur l'épithélium rénal. Les nausées, les vertiges que son emploi provoque disparaissent promptement. L'érythème ortié que son emploi détermine est en général peu intense et de courte durée. On peut d'ailleurs atténuer ces accidents en employant l'antipyrine chimiquement pure et en variant le mode d'administration (pilules, cachets, injections hypodermiques, lavements).

XIV. Le képhir est une boisson fermentée du lait de vache, produit d'une fermentation particulière causée par un champignon provenant du Caucase — *graine du képhir* — qui est le ferment propre du lait de vache. Ce ferment est constitué par deux éléments : 1° *cellules de levure* : 2° *bactéries-dispora caucasina* de Kern. Il en résulte deux sortes de fermentation : 1° la *fermentation alcoolique* causée par les cellules de levure ; 2° la *fermentation lactique* causée par la bactérie de *dispora caucasina*. Le képhir est un médicament éminemment tonique et reconstituant, et, de plus, un aliment par excellence, ayant conservé toutes les propriétés nutritives du lait ; contenant en outre de l'alcool, de l'acide lactique, de l'acide carbonique et des peptones. C'est un stimulant puissant par l'alcool, l'acide lactique et ses autres composés qui activent tous le processus digestif en fournissant à l'organisme, sans le moindre effort de sa part, presque sans travail digestif, une masse considérable d'hémialbuminose qui se change immédiatement en peptone.

XV. Un autre excipient qui va probablement remplacer les axonges, la vaseline, et peut-être même la lanoline, est le nouveau principe extrait du pétrole qu'on a appelé *géoline*. Ses caractères sont les suivants :

Elle est blanche ou jaune-paille, transparente, homogène, inodore, sans saveur ; elle ne contient pas de matières grasses, elle est neutre, elle ne cristallise pas, elle ne s'oxyde pas, elle ne s'altère ni avec la chaleur ni avec les acides dilués. Elle fond à 45° et se combine facilement et d'une manière homogène avec les métaux de la Pharmacopée, avec les métalloïdes, et en général avec les alcalins. Elle est donc préférable à la vaseline et aussi à la lanoline, dont elle n'a pas l'odeur un peu nauséeuse.

Les ophthalmologistes commencent à en faire usage fréquemment comme excipient pour leurs pommades, et elle est couramment employée dans plusieurs hôpitaux de Naples. Un de ses mérites, qui n'est pas à dédaigner, est celui d'être d'un prix modéré, bien moindre que celui de la vraie vaseline et de la lanoline. (*Bull. de Thérap.*).

F. Bottey.

XVI. Les premières recherches sur ce sujet ont été faites par M. Personali, et présentées à l'Académie de médecine de Turin en 1886. MM. Mairet et Combemale ont repris cette étude et l'ont exposée tout au long dans le *Montpellier médical* de cette année.

Le méthylal a pour formule : $C^3 H^8 O^2$; c'est un *diméthylate de méthylène*, corps fluide, plus volatil que l'éther. Il est soluble dans trois parties d'eau, dans l'alcool, son odeur rappelle celle du chloroforme et de l'éther ; sa saveur est brûlante. Pour expérimenter sur les animaux, les auteurs de ce travail l'ont introduit dans l'organisme, par trois voies : sous-cutanée, stomacale et pulmonaire.

Les *injections hypodermiques* de ce corps sont très douloureuses ; elles provoquent souvent des abcès et des eschares. A une dose variant entre 0,25 centigr. et 0,50 par kilogr. d'animal, le méthylal donne lieu à un peu de salivation ; et, un quart d'heure ou une heure après l'injection, l'animal s'endort, d'un sommeil calme, restant sensible aux réactions extérieures. A une dose de 0,50 centigr. par kilogr., le sommeil est plus lourd, plus profond, et dure plusieurs heures. Après, l'animal revient à lui et mange régulièrement. Une dose entre 0,50 et 1 gr. 20 par kilogr. produit un sommeil invincible avec diminution de la réaction aux excitations. Il s'accompagne de dilatation pupillaire, de parésie légère, avec salivation abondante. Quelques heures après apparaît le sommeil vrai. Au-dessus de 2 gr. par kilogr., on remarque deux phases. D'abord, il y a : affaissement avec somnolence, phénomènes paralytiques

(1) Voir *Progrès médical*, n° 7, p. 138.

Instruments d'une seule pièce et nickelés, susceptibles d'être stérilisés à l'étuve.

M. Tillaux, à l'Académie de médecine, a présenté récemment, au nom de M. Favre, plusieurs *instruments tranchants en acier d'une seule pièce, et nikelés :* 1 couteau d'amputation, 1 bistouri, 1 scalpel, 1 couteau à cataracte de von Graefe, 1 couteau lancéolaire (voir *Fig.* 47, 48, 49, 50).

Précédemment ces instruments se fabriquaient en deux pièces: une lame en acier, et un manche en bois d'ébène, en ivoire ou en un autre métal. Pour assembler le manche à la lame de scalpel on le faisait au moyen de deux rivets: pour les bistouris et les couteaux d'amputation à manches en métal, on les soudait; et pour ceux à manches en ébène et en ivoire, on les cimentait, ayant au

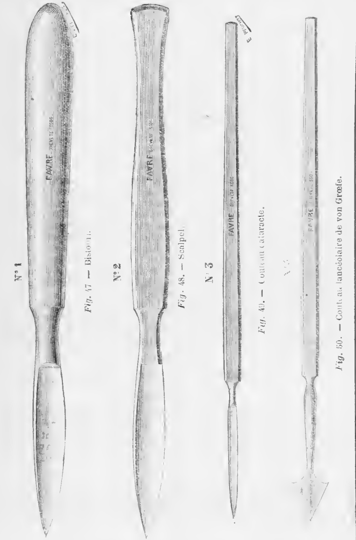


Fig. 47 — Bistouri.
Fig. 48. — Scalpel.
Fig. 49. — Couteau à cataracte.
Fig. 50. — Couteau lancéolaire de von Græfe.

préalable ajusté une virole au bout du manche pour lui donner de la solidité. Pour les couteaux à cataracte, on vissait les lames dans les manches en ajustant une virole, comme cela est indiqué pour les bistouris et les couteaux d'amputation. Malgré cela on ne pouvait obtenir une solidité à toute épreuve; et ceux qui étaient cimentés ne pouvaient supporter l'action de l'eau bouillante sans se désassembler. Les avantages des instruments tranchants d'une seule pièce sont les suivants: Ils ont une solidité indiscutable; ils sont capables de supporter l'action de l'eau bouillante, sont d'un entretien facile et réalisent une notable économie de travail dans la fabrication.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 14 oct. 1888 au samedi 20 oct. 1888, les naissances ont été au nombre de 1064, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 396 ; illégitimes, 162. Total, 548. — *Sexe féminin :* légitimes, 367 ; illégitimes, 149 Total, 516.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 14 oct. 1888 au samedi 20 oct. 1888, les décès ont été au nombre de 928, savoir : 498 hommes et 430 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes: Fièvre typhoïde: M. 9, F. 6. T. 15. — Variole : M 1, F. 2, T. 3. — Rougeole : M. 4, F. 3. T. 7. — Scarlatine : M 0. F. 0, T. 0. — Coqueluche : M. 4, F. 3. T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 7 F. 12, T. 19. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 135, F. 55. T. 190. — Autres tuberculoses : M. 14 F. 8. T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 5. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 8, F. 27. T. 35. — Méningite simple : M. 11, F. 11, T. 22. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 20, F. 22. T. 42. — Paralysie : M. 5, F. 2. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 6, F. 10. T. 16. — Maladies organiques du cœur : M. 19, F. 22. T. 47. — Bronchite aiguë : M. 18, F 10 T. 28. — Bronchite chronique M. 15, F. 15. T. 30. — Broncho-Pneumonie : M. 13, F. 14. T. 27. — Pneumonie : M. 19. F. 28. T. 47. — Gastro-entérite, biberon : M. 31, F. 35. T. 66. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 8. T. 18 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1. F. 1. T. 2. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5. T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 15, F. 9, T. 24. — Sénilité : M. 9, F. 20. T 29. — Suicides : M. 11, F. 3, T. 14. — Autres morts violentes : M 6, F. 4. T. 10. — Autres causes de mort : M. 104, F. 79. T. 183 — Causes restées inconnues : M. 3, F. 4, T. 7.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 67, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 28, illégitimes, 5. Total : 33 — *Sexe féminin :* légitimes, 17; illégitimes, 17. Total : 34.

Faculté des sciences de Paris. — M. Berthelot, licencié ès sciences mathématiques, physiques et naturelles, est nommé préparateur du cours de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ledelver. — M. Haudié, agrégé des sciences physiques, est nommé préparateur du laboratoire d'enseignement de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ledelver.

Faculté des sciences de Paris. — Sont maintenus, pour un an, à dater du 1er novembre 1888, dans la jouissance de la bourse d'études, qui leur a été précédemment accordée près ladite Faculté : MM. Delézimier, licencié ès sciences; Devaux, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences; Haug, étudiant; Lévy, licencié ès sciences.

Faculté de médecine de Paris. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* — M. le professeur G. Sée commencera son cours de clinique le lundi 12 novembre à 9 heures et le continuera les lundis et vendredis suivants à la même heure. Les leçons de ce semestre seront principalement consacrées à l'étude des *maladies du cœur* d'après les recherches modernes.

Cours de Clinique des maladies du système nerveux (Hospice de la Salpêtrière). — M. le professeur Charcot. Leçon clinique le mardi à dater du 28 octobre ; examen des malades le vendredi à dater du 26.

Cours de pathologie chirurgicale. — M. Bouilly, agrégé, remplaçant M. le professeur Lannelongue commencera le cours de pathologie chirurgicale, le lundi 12 novembre 1888, à 3 heures (Grand Amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu). — M. le professeur Panas commencera le Cours de Clinique ophtalmologique, le lundi 12 novembre 1888, à 9 heures du matin, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. Clinique et opérations à 10 heures. — Exercices ophtalmoscopiques, tous les mercredis.

Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne). — M. le professeur Ball commencera le Cours de Clinique des maladies mentales, le dimanche 11 novembre 1888, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et dimanches suivants à la même heure.

Travaux pratiques (personnel). — Le personnel des travaux pratiques à ladite Faculté, est composé comme il suit pendant l'année scolaire 1888-1889. Travaux pratiques de physique : MM. Weiss, chargé des fonctions de chef des travaux ; Sandoz, préparateur ; Mergier, préparateur. — Travaux pratiques de chimie : MM. Hanriot, chef des travaux ; Monange, préparateur ; de Thierry, préparateur-adjoint; Groslous, préparateur-adjoint : Bouveault, préparateur-adjoint. — Travaux pratiques d'histoire naturelle : MM. Faguet, chef des travaux ; Berger, préparateur ; Blondel préparateur ; Artaud, préparateur. — Travaux pratiques de physiologie : MM. Laborde, chef des travaux ; Gley, préparateur ; Langlois, préparateur-adjoint ; Héricourt, préparateur-adjoint ; — Travaux pratiques d'anatomie pathologique : MM. Brault, chef des travaux ; Chantemesse, préparateur ; Toupet, préparateur, Widal, moniteur ; Marfan, moniteur ; Guinon, moniteur ; Nicole, moniteur ; Parmentier, moniteur ; — MM. Delbet et Potherat sont nommés prosecteurs à ladite Faculté pour une période de quatre ans, à partir du 1er octobre 1888, en remplacement de MM. Barette et Tuffier.

nuer la potion pendant ses règles qui durèrent trois jours. Les règles redevinrent régulières, et, avec le régime tonique et les exercices en plein air, ma malade recouvra entièrement la santé.

Cas 2e. — En mai 1885, Mme R. J..., veuve, 27 ans, mère de deux enfants, le plus jeune de 5 ans, en revenant du chemin de fer, à sa maison distante de 1.500 mètres, fut attrapée par une averse et complètement trempée. Elle fut prise d'un fort rhume et ses règles s'arrêtèrent. A la période menstruelle suivante, comme rien ne paraissait, elle vint me voir. Comme elle paraissait autrement d'une parfaite santé, se plaignant d'un peu de malaise dans les reins, la grossesse étant hors de cause, je lui donnai une douzaine de pilules de permanganate de potasse de 5 centigr. que j'avais précisément chez moi, et lui dis d'en prendre deux matin et soir jusqu'au rétablissement du flux sanguin ou la fin des pilules. Je l'ai revue deux semaines après, et elle me dit que ses règles étaient revenues après avoir pris huit pilules. Le jour avant son époque suivante, elle prit les quatre autres pilules et depuis elle n'eut jamais d'autres troubles.

Tels sont les deux cas que j'ai pris parmi beaucoup d'autres, que j'ai traités avec succès par le permanganate de potasse. J'ai choisi ces deux cas, parce que la guérison n'est évidemment due qu'à la drogue, et que, par suite, ils sont démonstratifs. Dans trois cas seulement sur treize, j'ai noté quelques troubles du côté de l'estomac, et, dans ces trois cas, les troubles furent conjurés en augmentant la dose du lait prise après la médecine. Mon expérience garantit donc la conclusion que le permanganate est un emménagogue inoffensif et efficace et méritant de devenir d'un usage plus répandu (*The American practitionner and News*, 8 janvier 1887). R. Sorel.

CORRESPONDANCE

Assainissement des villes : Aurillac.

Monsieur et très honoré confrère,

..... Aurillac est une ville de 14,500 habitants environ, dont la partie ancienne est très resserrée dans une vallée étroite, et dont la partie nouvelle s'étale plus largement ou dans la vallée qui s'élargit, ou vers le penchant de collines limitant au nord-ouest le confluent de plusieurs rivières dans une grande plaine.

La vieille ville est au nord-est des nouveaux quartiers, et les vents d'ouest, les plus violents, et les plus humides traversent d'abord ceux-ci avant d'arriver à l'ancienne cité.

Les nouveaux quartiers sont absolument dépourvus d'égouts. La vidange n'est assurée que par des fosses insuffisantes ou des canaux ne remplissant aucune des conditions réclamées par l'hygiène, et se perdant dans le sol à une petite distance des maisons.

La vieille ville avait des égouts insuffisants à tous les points de vue (quelques-uns étaient bouchés, d'autres se jetaient dans un canal longeant la ville à ciel ouvert). Malgré ces conditions déplorables, et les amas de matières fécales en résultant en certains points, les nouveaux quartiers étaient moins sains que les anciens. Quoique moins peuplés (1/3 de la population environ), lors d'une épidémie fort grave de fièvre typhoïde dans l'hiver 1883-1884, ils ont présenté autant de cas graves de la maladie, et même un plus grand nombre de cas parmi les personnes aisées et dont l'hygiène pourrait être bonne, que la vieille ville où manquent l'air et le soleil. Plusieurs cas graves ont été signalés en face d'ouvertures des égouts rudimentaires que je signalais plus haut.

En somme, à Aurillac, une partie de la ville avait de mauvais égouts, une autre n'en avait pas (ce qui les remplaçait était plutôt nuisible). Les épidémies nombreuses de fièvre typhoïde, (je citerais les plus graves 1874, 1880-1881, 1882, 1883-1884), prirent naissance souvent dans les nouveaux quartiers.

Un égout bien fait existait seul, desservant la prison, la gendarmerie et le palais de justice. En 1883, aucun prisonnier n'a été atteint de fièvre typhoïde, ni aucun gendarme, alors que 400 cas de l'affection se déclaraient en ville dans l'espace de deux mois et demi.

En 1884, on a commencé les travaux d'un réseau d'égout. Le collecteur en ciment Vicat de deux mètres de haut est fait et se jette dans la rivière près des dernières maisons d'Aurillac. Il a permis de servir les quartiers les plus populeux et de vider et assainir plusieurs accumulations séculaires de matières dans la portion d'égouts obstrués. Depuis lors (4 ans), il n'y a pas eu de fièvre typhoïde à Aurillac. On n'a signalé que quelques cas sporadiques ou importés ou dus à ce que l'alimentation d'eau d'une partie de la ville, est fournie par une prise d'eau faite à la rivière en amont de la ville, mais en aval de bourgs importants d'où sortent et où reviennent fréquemment de nombreux émigrants qui peuvent facilement polluer la rivière, en revenant malades de Paris ou Lyon.

En aval du point où l'égout rejoint la rivière, est une digue à utilisation agricole. L'eau provenant des égouts est complètement captée en ce point, pendant les bonnes eaux d'été, par les canaux d'arrosage et distribuée dans les prairies. Les récoltes de ces prairies ont augmenté considérablement, de l'aveu même des propriétaires et des fermiers qui les exploitent, et les villages qui les entourent n'ont présenté aucune épidémie, malgré les cas sporadiques de fièvre qu'on a signalés en ville, depuis cette création.

Aussi tout le monde en ville, et dans les pays qui profiteront de ces eaux d'égout, demande l'achèvement du réseau, retardé jusqu'à présent par des considérations budgétaires.

J'ai l'honneur, Monsieur et très honoré confrère, de vous présenter l'expression de ma meilleure considération.

Dr J. Girou.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Le tout à l'égout à Pau.

15 avril.

Mon cher ami,

Je n'avais pas répondu à votre appel du *Progrès médical* parce que les eaux d'égout ne sont pas actuellement utilisées à Pau, mais votre lettre précisant les questions, voici les renseignements que je puis vous donner.

La ville de Pau possède une canalisation d'égouts qui couvre environ les neuf dixièmes de son territoire ; si cette canalisation n'est pas complète, c'est que sur la bordure Nord de la ville, les difficultés matérielles résultant de la configuration du sol rendaient cette canalisation, ou plutôt la construction du canal efférent trop onéreuse. Néanmoins, on étudie actuellement les moyens de compléter le réseau.

Le système adopté est le système du tout à l'égout total.

Le sewage intégral aboutit à un canal principal, véritable grand collecteur, lequel va déverser les matières dans le Gave de Pau : le Gave est un torrent de montagne, très impétueux, et dans lequel le sewage d'une ville peut être déversé sans danger pour les populations riveraines.

Le réseau des égouts de Pau est dû principalement à l'initiative et à la persévérance d'un de nos confrères, le Dr Lacoste, qui, comme conseiller municipal d'abord, puis comme adjoint au maire, a consacré de longs efforts à faire adopter d'abord et exécuter ensuite le réseau qui couvre, comme je vous l'ai dit, la presque totalité de la ville.

Le Dr Lacoste, qui est un hygiéniste très convaincu et très compétent, a toujours considéré l'épandage des eaux d'égout et leur utilisation agricole comme le couronnement de l'édifice hygiénique qu'il a réussi à élever. Pour lui, comme pour nous, comme pour moi, là est le moyen non seulement d'utiliser les déchets d'une ville populeuse, mais de les rendre aussi précieux qu'inoffensifs. Aussi a-t-il pris, lors de la construction du canal qui conduit au Gave le sewage de la ville, des dispositions telles que l'on puisse à un moment donné (le jour où un syndicat constitué par les communes intéressées désirerait répandre et utiliser les eaux d'égout) distraire tout ou partie de sewage au profit de l'agriculture des communes avoisinantes. *Il faut espérer que la solution que vous poursuivez donnera aux communes encore timides un salutaire exemple et une confiance dont elles seront bien vite récompensées.*

Quand à la très faible partie de la ville qui n'est pas canalisée et qui a encore des fosses, je vous envoie l'arrêté municipal qui règle la construction ou reconstruction uniforme de ces fosses.

Bien cordialement à vous. R. de Musgrave-Clay.

Assainissement des villes : Moulins.

La ville de Moulins est traversée par trois ruisseaux qui portent les noms de Danube, du Carriage et des Tanneries. Les deux premiers ne reçoivent les déjections que d'un nombre assez restreint de cabinets d'aisances ; mais le dernier, dont le parcours urbain est le plus considérable, reçoit le produit de la plupart des cabinets d'aisances. Ces trois cours d'eau, plus ou moins chargés de matières de vidange dans le grand égout collecteur, en partie couvert, en partie découvert, qui chemine le long de la levée et va se jeter dans l'Allier à deux kilomètres en aval de Moulins. Sur la rive droite du grand égout collecteur, qui reçoit aussi l'égout de l'abattoir, sont établis les jardiniers qui viennent puiser dans ce ruisseau-égout et les liquides et les solides pour engraisser leurs jardins.

Quant aux fosses fixes, elles sont vidées tous les deux ou trois ans par des vidangeurs qui vendent leur récolte aux jardiniers de la rue de Lyon et des faubourgs de Moulins, qui fument leurs jardins potagers avec ces matières qui n'ont subi aucune préparation.

De cet extrait de la lettre de notre correspondant il résulte : 1° Que le tout à l'égout existe dans une mesure assez grande à Moulins ; 2° Que l'utilisation horticole des eaux d'égout chargées de matières de vidanges et l'épandage des vidanges plus ou moins fermentées se font dans les faubourgs même de la ville. Cette double pratique ne parait pas avoir été l'occasion d'épidémies, bien qu'elle ne fonctionne pas dans les conditions qu'exige aujourd'hui l'hygiène. Il est évident que si le gouvernement remplissait ses devoirs de gouvernement républicain, c'est-à-dire de progrès, il interviendrait énergiquement auprès des municipalités pour qu'elles s'occupent activement de leur assainissement. Il y a là une belle réforme sociale à réaliser.

Systèmes d'égouts, de fosses d'aisances et de vidanges établis à Nantes.

Nantes, 14 avril.

Mon cher ami,

Voici les réponses aux questions que tu m'as posées relativement à la ville de Nantes. A. M.

Ire *Question.* — Système des fosses (fosses d'aisances fixes, fosses mobiles, tinettes filtrantes). — *Réponse.* Il y a des fosses d'aisances fixes dans la plupart des maisons du centre et des hauts quartiers de la ville. La plupart de ces fosses sont trop petites et ont un déversoir qui mène à l'égout le trop plein. Il n'y a que peu ou pas de fosses mobiles ou de tinettes filtrantes.

IIe *Question.* — Les maisons qui sont situées sur la rivière ou ses bras ont-elles des cabinets communiquant directement avec les cours d'eau ? — *R.* Oui ; toutes les maisons des quais sont dans ce cas.

IIIe *Question.* — Les égouts sont-ils nombreux et dans de bonnes conditions ? — *R.* Les égouts sont très insuffisants. De nombreux quartiers en sont encore dépourvus.

IVe *Question.* — Le tout à l'égout existe-t-il et dans quelles proportions ? — *R.* Sous l'influence du conseil d'hygiène, on a tendance à adopter dans quelques nouvelles maisons le système du tout à l'égout ; mais cette tendance est loin d'être encore généralisée.

Ve *Question.* Quels sont les systèmes de vidanges ? — *R.* Il y a plusieurs Compagnies de vidanges. Elles emploient surtout le système siphonique (pompe à main ou à vapeur) ; ce service est assez bien fait ; il y a peu d'odeur. Cependant la surveillance est insuffisante et il arrive que le liquide des fosses est assez fréquemment jeté au ruisseau.

VIe *Question.* — Que fait-on des vidanges ? — *R.* Toutes les vidanges sont transportées sur la Prairie-au-Duc, point beaucoup trop voisin du centre de la ville. Quand les vents soufflent du S. ou du S. O., l'odeur se répand jusque dans les quartiers les plus centraux. Il y a 30 ans que le Conseil d'hygiène réclame le déplacement de ce dépôt et son éloignement de la ville.

VIIe *Question.* — Y a-t-il un épandage des matières plus ou moins fermentées dans les jardins environnant la ville ? *R.* Non. Les matières sont mises dans des bassins assez mal clos ; quand elles sont à moitié desséchées, on les épand sur le sol voisin pour y finir de sécher et être mêlées à de la poussière de tourbe. Cette opération s'appelle le *jaillage*, d'où le nom de *jaillons* donné à Nantes aux ouvriers répurgateurs. Le mélange est ensuite vendu comme engrais. Mais il n'y a pas d'épandage direct dans les jardins.

BIBLIOGRAPHIE

Zur Technick der partiellen Rhinoplastik ; par le Dr Bazer (*Prager med. Woch.*, 1888. N° 10).

Malgré les nombreuses améliorations apportées aux méthodes de rhinoplastie, les chirurgiens sont souvent embarrassés, surtout lorsqu'il s'agit de remédier à des pertes de substance partielles. Pour deux enfants, dont une partie du nez (lobule, ailes du nez, sous-cloison) avait été détruite par un lupus, le Dr Bayer a employé un procédé opératoire qu'il décrit minutieusement et dont il a obtenu les meilleurs résultats. Dans un cas, il a taillé un lambeau sur le dos du nez, en gardant comme pédicule ce qui restait de la narine gauche ; il a suturé la base du lambeau au bord avivé de l'aile droite du nez. en détachant de cette base une languette de peau qui, avec un deuxième lambeau pris dans la lèvre supérieure, était destiné à former la sous-cloison. La perte de substance produite par le premier lambeau a été diminuée par des points de suture, puis comblée par un morceau de peau pris sur le bras, d'après le procédé de Thiersch (Verhandl der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XV Congress, 1886, p. 17). — Dans le second cas, même transplantation de peau d'après Thiersch, et double lambeau pris sous les joues.

J. Dagonet.

Saint Thomas's Hospital Reports ; edited by Dr Gulliver, and Mr Clutton. Vol. XVI ; London, J. et A. Churchill, 1887.

Ce volume, digne de ses aînés, contient les mémoires originaux suivants : Souvenirs chirurgicaux, contribution à l'investigation collective des maladies, par Le Gros Clark ; — Cinquante cas d'uréthrotomie interne, par J. Croft ; — Typhus et fièvre à rechutes en Egypte, par Sandwith ; — Anatomie et physiologie du nerf phrénique chez l'homme, par Wagstaffe ; — Délire aigu, par Percy Smith ; — Etat du sang dans l'anémie pernicieuse, par Copeman ; — Traitement de la bronchocèle kystique, par Clutton ; — Remarques pratiques sur les jointures, physiologie de leurs muscles, par Le Gros Clark ; — Cas d'hystérie traités par l'isolement, l'électricité et le massage, par Seymour J. Sharkey ; — Diagnostic différentiel des affections secondaires intra-crâniennes, par Walter Edmunds, etc.

Ce volume qui est illustré de plusieurs figures contient en outre une notice sur les additions les plus intéressantes faites au musée durant l'année précédente ; le rapport de M. Payne sur les maladies de la peau traitées en 1885 et 1886 ; les rapports sur les services obstétrical, médical, chirurgical et ophthalmique pendant l'année 1886, par MM. Cory, W. Baugh, Hadden, Makins, Nairn.

Hémorrhagies au niveau des mains et des pieds chez un nouveau-né. Pelvi-péritonite chez la mère ; par le Dr Helm, (*Medical and Surgical Reporter*, 18 février 1888).

L'enfant près duquel l'auteur fut appelé, présentait des hémorrhagies de la plante des pieds et de la paume des mains, tandis que sa mère avait eu précédemment pendant plusieurs jours, des phénomènes d'infection puerpérale. L'enfant était pâle, exsangue ; l'écoulement sanguin se faisait au travers de la peau, il ressemblait à du sérum d'une teinte rouge vif. Peu de temps après, cette hémorrhagie cutanée fit place à une hématémèse, qui s'arrêta, et la précédente recommença, et ainsi de suite à plusieurs reprises. On employa sans succès les astringents, l'ergot de seigle, etc. L'enfant mourut dans l'espace de 48 heures. Six semaines plus tard, la mère fut prise de fièvre ; et le Dr Helm constata la présence d'une tumeur dure, dans le cul-de-sac de Douglas, avec empâtement de la région et immobilité de l'utérus. Enfin trois semaines après, apparut une tumeur au niveau du ligament large du côté

gauche. Cette tumeur devint fluctuante et s'ouvrit dans la vessie. Le pus disparut complètement de l'urine environ trois mois après. L'auteur voit dans ce cas, une sorte d'empoisonnement de l'enfant, par la mère, présentant des phénomènes d'infection puerpérale, par la voie de son lait. A. Raoult.

Traitement spécifique de la pustule maligne et de l'infection charbonneuse, ainsi que de l'anthrax; par le Dr Odwin B. Muskett.

L'auteur préconise pour la cure du charbon, l'ipécacuanha donné à l'intérieur et à l'extérieur. Pour la pustule, il place parfois à sa surface un vésicatoire, ouvre les vésicules et fait un pansement composé d'une bouillie de poudre d'ipéca et d'eau. Concurremment, il donne l'ipéca à l'intérieur à la dose de 5 grains, dans une potion contenant de la morphine. Pour l'auteur, l'ipéca est le remède spécifique du charbon ; il en aurait observé 50 cas guéris par cette méthode, qui ne lui aurait jamais fait défaut. Il en cite 4 observations, semblant concluantes. Le Dr Muskett a employé encore ce traitement avec avantage dans 4 cas d'anthrax assez étendus. (*The Lancet*, 11 février 1888). A. Raoult.

De l'usage de l'arsenic dans la chorée; par le Dr Sawyer.

Le Dr Sawyer a continué dans cette affection la thérapeutique enseignée par son maître le Dr Fleming, qui consiste à donner l'arsenic à des doses progressivement élevées, jusqu'à ce qu'apparaissent les symptômes caractéristiques de l'action physiologique du médicament : maux de tête, vomissements, diarrhée. Alors on décroit peu à peu la dose. L'auteur dit qu'entre ses mains, aucune chorée quelque grave et ancienne qu'elle soit, n'a résisté à ce traitement. C'est ainsi qu'à une enfant de 10 ans, il a donné de la liqueur de Fowler, en la faisant prendre 3 fois par jour dans un peu d'eau, au début 5 minimes, et a augmenté la dose, de 5 minimes par 3 jours, jusqu'à celle de 35 minimes (0,017 milligr. d'acide arsénieux). A ce moment apparurent les signes d'empoisonnement, et les phénomènes de chorée qui avaient diminué progressivement avaient cessé. Le Dr Sawyer a obtenu un résultat analogue chez une femme atteinte de choréa gravidarum. (*Birmingham medical review*, janvier 1888). A. R.

VARIA

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le Président de la République Française, sur le rapport du président du Conseil, ministre de l'Intérieur, décrète :

Art. 1er. — Il est institué, auprès du ministère de l'Intérieur, un Conseil supérieur de l'assistance publique, chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le Ministre et qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement des différents modes et services d'assistance.

Art. 2. — Le Conseil supérieur de l'assistance publique comprend des membres de droit, désignés à raison de leurs fonctions, et des membres nommés par décret.

Art. 3. — Les membres de droit sont : Le Directeur de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance ; — Le directeur de l'administration départementale et communale ; — Et le directeur de l'administration pénitentiaire au ministère de l'Intérieur ; — Le directeur des affaires civiles au ministère de la Justice ; — Le directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique et des Beaux-Arts ; — Le doyen de la Faculté de Médecine de Paris ; — Le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine ; — Le président du Conseil supérieur de santé des armées ; — Le président du Conseil supérieur de santé de la marine ; — Le vice-président du Conseil de surveillance de l'Administration générale de l'Assistance publique de Paris.

Art. 4. — La partie du Conseil composée de membres nommés par le Président de la République est renouvelée par moitié tous les trois ans. Les membres sortants peuvent être l'objet d'une nouvelle nomination. Tout membre nommé en remplacement d'un autre, par suite de décès ou toute autre cause, ne demeure en fonctions que pendant la durée du mandat confié à son prédécesseur.

Art. 5. — Le ministre préside le Conseil supérieur de l'assistance publique. Le Conseil choisit parmi les membres nommés par décret un vice-président et un secrétaire.

Art. 6. — Le Conseil supérieur de l'assistance publique tient chaque année deux sessions ordinaires commençant, l'une le dernier mercredi de janvier, et l'autre le deuxième mercredi de juin. Des réunions extraordinaires peuvent avoir lieu sur la convocation du ministre de l'Intérieur.

Art. 7. — Le Conseil supérieur de l'assistance publique pourra être subdivisé, par arrêtés du ministre de l'Intérieur, en un certain nombre de sections correspondant aux divers ordres de travaux qui lui seront soumis.

Art. 8. — Des secrétaires-adjoints peuvent être mis par le ministre à la disposition du Conseil pour faciliter ses travaux.

Art. 9. — Le ministre peut autoriser à assister aux séances du Conseil avec voix consultative et à titre temporaire, soit les fonctionnaires dépendant ou non de son administration, soit toutes autres personnes dont la présence serait reconnue nécessaire par les travaux du Conseil.

Art. 10. — Lors du premier renouvellement opéré en vertu de l'art. 4 du présent decret, les membres sortants seront désignés par la voie du sort.

Art. 11. — Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 14 avril 1888.

Carnot.

Par le Président de la République,
Le président du Conseil, ministre de l'Intérieur,
Ch. Floquet.

Le Président de la République, sur le rapport du président du Conseil, ministre de l'Intérieur. Vu le décret en date de ce jour, instituant au ministère de l'intérieur un Conseil supérieur de l'assistance publique. Décrète : *Art.* 1er. Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique : MM. Léon Béquet, conseiller d'Etat ; — Le Dr Blatin, député ; — Le Dr Bourneville, député ; — Brueyre, ancien chef de division à la Préfecture de la Seine ; — Caubet, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse ; — Le Dr Cazelles, conseiller d'Etat, ancien directeur de l'Assistance publique en France ; — Chamberland, député ; — Le Dr Chautemps, membre du Conseil municipal de Paris ; — De Crisenoy, ancien directeur de l'administration départementale et communale ; — Cros-Mayrevieille, administrateur des hospices de Narbonne ; — Le Dr Dreyfus-Brisac, médecin des hôpitaux de Paris ; — Charles Dupuy, député ; Le Dr Gailleton, maire de Lyon ; — Gaufrès, membre du Conseil municipal de Paris ; — Gerville-Réache, député ; — Le Dr Gibert, fondateur du dispensaire d'enfants du Havre ; — Hendlé, préfet de la Seine-Inférieure ; — Le Dr Henri Henrot, maire de Reims ; — Labiche, sénateur ; — Le Dr Labrousse, député ; — René Laffon, député ; — Sigismond Lacroix, député ; — Le Dr Lardier, de Rambervillers (Vosges) ; — Lebon, maire de Rouen ; — Le Dr Levieux, de Bordeaux ; — Le Dr Magnan, médecin en chef de l'asile Sainte-Anne ; — Mamoz, directeur de l'Assistance par le travail ; — Marbeau, président de la Société des Crèches ; — Le Dr Marjolin, membre de l'Académie de médecine, président de la Société protectrice de l'enfance ; — Martin Nadaud, député ; — Georges Martin, sénateur ; — Le Dr J.-A. Martin, secrétaire adjoint de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle ; — Le Dr Millard, médecin des hôpitaux de Paris ; — Le Dr Mireur, adjoint au maire de Marseille ; — Naquet, sénateur ; — Normand, maire de Nantes ; — Frédéric Passy, député ; — Pichon, député ; — Benjamin Raspail, député ; — Le Dr Rochard, membre de l'Académie de médecine ; — Théophile Roussel, sénateur ; — Sabran, vice-président de la commission administrative des hôpitaux de Lyon ; — Siegfried, député ; — Jules Simon, sénateur ; — Le Dr Thulié, ancien président du Conseil municipal de Paris ; — Tolain, sénateur ; — Emile Trélat, directeur de l'école supérieure d'architecture ; — Le Dr Ulysse Trélat ; membre de l'Académie de médecine, chirurgien des hôpitaux de Paris ; — Warin, vice-président de la commission administrative des hospices de Lille.

Une monstruosité à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Sous ce titre, le *Soleil* du 10 mars raconte les faits suivants : « Un fait ignoble, non encore puni, vient de se passer à l'hôpital de l'Enfant-Jésus (lisez hôpital des Enfants-Malades), une plainte a été adressée à l'Assistance publique, qui a cherché à *étouffer l'affaire* ; une autre plainte a été déposée au parquet. » D'après le rédacteur du *Soleil*, voici les faits : une petite fille, atteinte d'une paralysie partielle de la jambe fut admise l'année dernière à l'hôpital des Enfants-Malades et placée dans la salle Sainte-Thérèse (maladies aiguës, service de M. J. Simon). Son état s'améliora sensiblement, et, au dire de la mère, « l'enfant était très-gaie, et parlait beaucoup de son bon ami B***, interne, qui lui apportait souvent des gâteaux. Vers le mois de janvier, l'enfant fut transférée aux chroniques (salle Sainte-Marie), où, toujours au dire de la mère, son état empira bientôt, et nécessita son transfert à la salle de la rougeole, ce qui du reste lui fut annoncé par une lettre du Directeur de l'hôpital. C'est alors que la mère se rendit en toute hâte à l'établissement et put voir que sa fille n'avait aucune trace de rougeole. Le Directeur qu'elle interrogea sur le transfert de sa fille lui répondit : « qu'il était couvert par la signature d'un médecin et qu'il n'avait pas à s'occuper du reste ». C'est alors qu'une infirmière laïque prise de pitié, prit à part la mère en lui disant : « Madame ne dites pas que je vous ai parlé, car on me renverrait ; mais si vous avez encore un morceau de pain chez vous, emmenez votre enfant et ne la laissez pas là ! » Ainsi parla l'infirmière et la mère emmena sa fille. Quel ne fut pas son étonnement, lorsque rentrée chez elle, elle s'aperçut de l'état épouvantable dans lequel était cette dernière, qui lui fit des confessions ne pouvant laisser aucun doute qu'elle avait été violée par son bon ami B***, ayant des infirmières comme complices et ajoutant même comme preuve de ses allégations un répertoire varié de chansons plus ou moins obscènes que, naturellement, personne autre que les internes ou les infirmières ne pouvaient lui avoir apprises.

Un médecin de quartier fut mandé aussitôt par la mère. Celui-ci refusa de la soigner et fit appeler le Dr Leblond, médecin de Saint-Lazare qui visita l'enfant : « Allons, conclut-il avec ennui, après un minutieux examen, voilà encore de la besogne pour le parquet, on aurait bien pu se dispenser de m'appeler ! Votre fille a été profanée par un individu malade ! » C'est alors que la mère se rendit à l'hôpital pour demander justice. On lui apprit que les internes et les surveillants du service avaient quitté l'hôpital et elle fut engagée à ne pas ébruiter cette affaire, une somme d'argent lui ayant été promise par l'Assistance publique si elle voulait se taire. On sait la suite. Ce fut le *Soleil* qui s'engagea à faire une justice publique. Le soir même, le Dr Leblond s'empressa de démentir dans une lettre insérée au *Soleil*, les faits allégués par ce journal impartial. De son côté, M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique écrivait à M. Hervé, directeur du *Soleil* la lettre suivante :

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous informer que l'enquête à laquelle s'est livrée l'Administration de l'Assistance publique controuve tous les faits relatés dans le numéro du journal le *Soleil* du mardi 10 avril, au sujet du séjour de la jeune Ernestine L... à l'hôpital des Enfants-Malades. Je réclame d'ailleurs une information judiciaire et j'adresse à cet effet, à toutes fins utiles, à M. le Procureur de la République le numéro de votre journal et les résultats de mon enquête. — Veuillez recevoir, Monsieur le Directeur, l'assurance de ma considération distinguée, *le Directeur général de l'Administration de l'Assistance publique*, E. Peyron.

De leur côté les internes des Enfants-Malades envoyèrent deux de leurs collègues contester à la rédaction du *Soleil* le récit fait par ce dernier journal, et le bureau de l'Association des internes des hôpitaux de Paris a adressé à la presse la protestation suivante :

Monsieur le Directeur,

Les internes en médecine des hôpitaux de Paris, par l'intermédiaire de leur bureau, protestent contre les accusations calomnieuses du *Soleil*, qui visent quelques-uns de leurs collègues des Enfants-Malades. Ils regrettent qu'une simple question de polémique ait entraîné quelques journaux à d'aussi injustes attaques contre le corps médical des hôpitaux qui reste aujourd'hui ce qu'il a toujours été. Ils tiennent, en attendant les résultats de l'action judiciaire intentée par M. le Directeur général de l'Assistance publique, à se porter garant de la parfaite honorabilité des internes de l'hôpital des Enfants-Malades.

Les membres du bureau de l'Association des Internes en médecine en exercice : Hallé, J. Albarhan, Sebileau, Guillemain, Louis Guinon, M. Boulay, Pierre Boulloche, Jacquinot.

Nous ne pouvons qu'approuver la lettre de M. Peyron et celle des internes en médecine. Nous espérons que prompte justice sera faite contre les ennemis systématiques de la laïcisation, qui emploient les calomnies les plus mensongères pour déprécier aux yeux du public une œuvre sociale et républicaine. Le fait heureusement est faux. Mais un des bienfaits de la nouvelle organisation laïque des hôpitaux est l'impartialité la plus grande. L'Administration sait punir et renvoyer les mauvais serviteurs ; ce qui jamais n'avait existé sous le régime des sœurs. Il est également de son devoir de savoir faire respecter ceux qui la servent et de demander justice contre ceux qui la diffament. Albin Rousselet.

Association des Médecins du Département de la Seine,

Monsieur et très honoré Confrère,

L'Assemblée générale annuelle aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Brouardel, président, le dimanche 23 avril, à deux heures très précises. Cette assemblée a pour but : 1° La lecture du compte rendu de l'année 1887 par le Secrétaire général ; — 2° L'élection d'un président ; de deux vice-présidents.

Candidats proposés aux suffrages de l'Assemblée par *la Commission générale : Président*, M. Brouardel ; *Vice-Présidents*, MM. Blanche et Guyon ; — 3° Le tirage au sort des membres titulaires de la *Commission générale* et des suppléants qui doivent entrer en fonctions.

Tableau du mouvement de la caisse pendant l'exercice 1887

RECETTES		
Rentes 3 pour 100 et 4 1/2 pour 100	31,348 fr.	»
Cotisations	17,902	»
Admissions	348	»
Dons et legs	17,881	95
Reliquat de l'année 1885	190	45
Total.	67,670	40
DÉPENSES ET EMPLOI		
Secours à trois sociétaires et à cinquante-cinq veuves ou enfants de sociétaires	37,150 fr.	»
Secours à vingt-deux personnes étrangères à l'Association	2,600	»
Recouvrement des cotisations	600	»
Frais d'impression	1.163	75
Port des imprimés, timbres-poste, dépenses diverses	577	45
Frais pour le legs Campbell	1,505	»
Achat de rentes	23,950	70
Total.	67.646 fr.	90
BALANCE		
Recettes	67,670 fr.	40
Dépenses	67.646	90
Reste.	23 fr	50

Caisse des pensions viagères

RECETTES		
FONDS DE SECOURS		
Intérêts des sommes placées	392 fr.	70
FONDS DE RÉSERVE		
Reliquat de l'année 1886	273 fr.	85
Don de M. Péan	130	»
Total.	796 fr.	55
EMPLOI		
Achat de rentes 4 1/2 pour 100	718 fr.	15
BALANCE		
Recettes	796 fr.	55
Emploi	718	15
Reste en caisse.	78 fr.	40

Nominations. — Le privat-docent de Berlin H. Krause, pour avoir contribué à soigner l'empereur d'Allemagne actuel est pourvu du *titre* de professeur, (récompense de Frédéric III). — S. Kostjurin est nommé professeur ordinaire à Charkhow.

Le stypage.

Tel est le nom donné par le Dr Bailly (de Chambly-Oise) a un nouveau mode de réfrigération instantanée. Au lieu d'employer directement le jet de chlorure de méthyle, qui se dégage d'un siphon, M. Bailly le reçoit sur un tampon de ouate sèche, entouré de bourre de soie, qu'on tient à l'extrémité d'une pince, et qu'on applique ensuite sur la peau. L'action frigorifique serait ainsi beaucoup plus invariable, puisqu'on l'appliquerait à volonté, ou sur un point, ou suivant une ligne quelconque plus ou moins étendue. Quant aux indications, elles sont les mêmes que celles du chlorure de méthyle employé directement. Ouvertures d'abcès ou de panaris, névralgies dentaires par applications sur la joue, névralgies diverses, rhumatismes musculaires, gastralgies, coliques hépatiques, et généralement toutes les douleurs. *(Rev. de Thér.)*

Exposition d'hygiène et de sauvetage à Ostende.

Une Exposition internationale d'Hygiène et de Sauvetage se fera sous les auspices de l'Administration communale, à Ostende, au *Parc Léopold*, et sera ouverte du 1er juin au 1er octobre 1888.

Elle comprendra tout ce qui se rapporte à l'hygiène publique et privée, à l'hygiène industrielle, navale et maritime. Une section sera consacrée à l'enfance, une autre à tout ce qui concerne le sauvetage. Un grand nombre de *festivités* seront organisées à cette occasion durant la saison, entre autres une exposition de bébés, un concours international de gymnastique, un festival international, des courses, des régates, etc. Le secrétariat du Comité d'organisation siège à Gand, rue des Régnesses, 3. (*Gaz. méd. de Paris*).

Mensonges des hystériques.

M. le professeur Peter, a publié dans le no du 6 mars de la *Gazette des Hôpitaux*, une étude sur un cas curieux d'hystérie. Il s'agit en effet, de l'hystérique homme qui a servi aux expériences entreprises par MM. Bourru et Burot (de Rochefort), sur l'action des médicaments à distance. « Non seulement, dit M. Peter, cet homme est un sujet hystérique, mais aussi un misérable. Voici d'ailleurs, pour vous donner un échantillon de ce qu'il est, voici, dis-je, ce qu'il a fait dans mon service ces jours derniers: il a écrit au Directeur général de l'Assistance publique pour lui dénoncer la première infirmière de mon service, comme empoisonneuse, comme ayant déterminé volontairement la mort d'un malade de ma salle d'hommes, un hystérique également auquel elle aurait donné 22 gouttes d'acide nitrique dans sa tisane, ainsi qu'une dose énorme de laudanum, et qui aurait succombé.

« Ce qui est vrai, c'est qu'un homme est mort en effet, mais, ainsi que l'autopsie l'a démontré, il a succombé à la fièvre typhoïde ; et l'accusation d'empoisonnement n'a été qu'une infâme calomnie. Ce fait vous prouve donc encore une fois, soit dit en passant, que chez tout hystérique, il ne faut accepter les dires que sous bénéfice d'inventaire; qu'il faut toujours songer à la possibilité d'un mensonge, souvent aussi à des actes de malfaisance, par suite il faut toujours se tenir en garde contre leurs assertions, ou leur tendance constante à mentir et à simuler. »

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu (*Suite*).

1775. 11 *juillet*. — *Les Religieuses s'opposent à l'éloignement de l'Hôtel-Dieu.* — Sur ce qui a été dit par un de Messieurs qu'il a été informé que samedy dernier, neuf du présent mois, les religieuses de l'Hostel Dieu, assemblées en chapitre, la prieure avoit mandé le sieur Bonnot, inspecteur des bâtimens, lequel s'y étant transporté, il luy auroit été fait plusieurs questions relatives à la reconstruction de l'Hostel Dieu ; qu'une pareille démarche de la prieure est d'autant plus répréhensible qu'elle paroit annoncer des vues indiscrettes sur une loi publique, et revêtue de toutes les formes, sur quoi ledit sieur Bonnot ayant été mandé au Bureau, après avoir été entendu, la matière mise en délibération, a été arrêté que défenses seront faites audit sieur Bonnot de *communiquer à qui ce soit, et particulièrement à la Prieure et religieuses de l'Hostel Dieu* aucuns des plans des projets arrêtés en exécution des lettres patentes du mois de mai 1773, enregistrées en la cour le 11 mars dernier pour la construction de l'Hostel Dieu, même de leur répondre aux différentes questions qu'elles pourroient lui faire à ce sujet, sans y être autorizé par le Bureau et que la présente délibération sera notifiée au sieur Bonnot par le greffier du Bureau.

En 1779, les religieuses adressent au Bureau un mémoire contenant des observations sur les logements des novices placés au 4e étage, ce qui les oblige à monter environ cent marches chaque fois que leurs exercices les rappellent à leur noviciat *où elles vont dix fois par jour.* Cette fatigue, dit le mémoire des religieuses, dégoûte beaucoup de celles qui s'étaient destinées au service des pauvres. Elles demandent à descendre, préférant faire monter les malheureux malades aux étages supérieurs et mettant leur bien être avant celui de ceux pour lesquels elles ont fait vœu de se sacrifier (1).

Le 21 février de l'année 1787, la Compagnie remet sur le tapis une question qui avait été posée le 16 mars 1785, *sur les abus assés considérables* commis dans le blanchissage du linge destiné aux malades. Le nombre des religieuses ayant diminué depuis nombre d'années et leur recrutement devenant de plus en plus difficile, ces dernières, comme autrefois avaient fait appel aux convalescents pour faire les lessives. Comme toujours, ces derniers, restaient dans les salles où ils occupaient les places destinées aux vrais malades. Ils avaient même sous l'œil des religieuses créé un genre de commerce assez lucratif, qui consistait à vendre aux malades des salles le pain, le vin et la viande que les religeuses leur fournissaient en abondance sur les deniers de l'Hôtel-Dieu.

Dès 1770, une commission avait été nommée pour réprimer cette fraude. Des commissaires avaient été désignés et avaient même fait à ce sujet des rapports très consciencieux. L'incendie de 1772, vint arrêter leurs travaux. Depuis ce temps, les religieuses continuèrent à faire comme par le passé. Le Bureau, dans cette délibération, met un terme à une si honteuse exploitation en déclarant que tous les domestiques employés aux lessives de l'Hôtel Dieu seront directement payés par le Bureau et ne coucheront plus avec les malades. Ordre est donné à l'inspecteur des bâtiments de fournir un local pour loger le nombre de ces employés qui sera déterminé et arrêté par la Compagnie.

Le 28 mars, les religieuses, le chirurgien, les *infirmiers* et les *infirmières* de chaque salle sont tenues de rendre compte tous les jours à la visite du médecin « *de tout ce qu'ils sauront sur l'état de chaque malade et de l'effet des remèdes qu'ils auraient pris* »

« Les malades seront distribués aux infirmiers et infirmières de chaque salle, afin que chacun d'eux puisse prendre un soin plus particulier de ceux de son département, et ils se tiendront à la tête de leurs divisions pour accompagner le médecin pendant sa visite.

La religieuse sera surveillée par le chirurgien pour la distribution des aliments. »

Le 16 juillet 1787, en l'assemblée générale tenue extraordinairement à l'Archevêché, il fut rendu compte des délibérations prises par le Bureau et relatives aux nouvelles salles construites dans l'Hôtel Dieu. Parmi les améliorations apportées par les administrateurs dans l'aménagement et le confortable intérieur de l'Hôtel Dieu, on peut citer l'établissement projeté de 650 petits lits de 3 pieds pour coucher les malades seuls et 200 lits doubles.

Pour éviter de la part des religieuses, de nouveaux abus, le Bureau s'empressa de faire le règlement suivant, pour les infirmiers et infirmières des nouvelles salles.

RÈGLEMENT POUR LES DOMESTIQUES (2).

I. Les anciennes salles tant d'hommes que de femmes auxquelles l'ouverture des nouvelles salles ne cause aucun dérangement resteront sur le pied où elles sont, à l'égard des domestiques mâles et femelles qui les servent tant à gages que sans gages, jusqu'à ce qu'il en ait été autrement ordonné.

II. Ils y feront leurs services conformément aux anciens règlements, comme par le passé.

III. Il sera dressé un état de tous les infirmiers et infirmières nécessaires pour le service des nouvelles salles, de celles du rez-de-chaussée, où le régime doit être établi, et de celles de St-

(1) Voyez le 2e volume des *Documents pour servir à l'histoire des hôpitaux*, p. 71 et suiv.

(2) Les principales parties de ce règlement se trouvent dans le tome II des *Documents*. Nous l'avons reproduit in extenso d'après l'original manuscrit : (*Reg.* 157).

Landry et de Sainte Monique, relativement aux hommes qui doivent l'occuper pour être arrêté par le Bureau, à *raison d'un infirmier ou infirmière pour chaque dizaine de places de malades, dans les salles où les malades seront couchés seuls* (1), et pour *chaque quinzaine seulement dans celles qui contiendront plus de grands lits que de petits,* sauf à en augmenter le nombre s'il est jugé nécessaire après l'expérience, et en outre de *deux hommes de peine* pour chaque salle de femmes qui contiendra plus de soixante malades, *comptant toutes les salles gouvernées par une relligieuse pour une seule salle.*

IV. Les infirmiers auront 60 livres de gages, un habit neuf tous les quatre ans, une veste et une culotte d'étoffe chaude et solide pour l'hiver et une veste et une culotte d'étoffe plus légère, mais solide aussi pour l'été, et seront entretenus de linge.

V. Dans le nombre desdits infirmiers, il y en aura un sixième qui aura 90 livres de gages, lequel sixième sera choisi parmi les plus anciens, à tour de rôle et moitié parmi ceux dont la bonne conduite, l'intelligence et l'affection au soin des malades mériteront des égards, de manière cependant qu'il sera nécessaire d'avoir au moins cinq ans de services pour obtenir cette plus forte paye soit à titre de plus ancien, soit à titre de plus méritant.

VI. Les infirmières auront 48 livres de gages et seront habillées comme le sont actuellement les filles de la chambre d'en bas et entretenues de linge.

VII. Il y en aura une sixième qui aura 72 livres de gages, laquelle sixième sera composé moitié des plus anciennes, et à tour de rolle et moitié de celles dont *la conduite, l'intelligence et l'affection au soin des malades,* mériteront d'être distinguées, mais de manière cependant qu'il sera nécessaire, comme pour les infirmiers d'avoir au moins 5 ans de service pour obtenir cette plus forte paye, soit à titre de plus ancienne, soit à titre de plus méritante (2).

VIII. Pour suppléer les infirmiers et infirmières en cas de maladie, de retraite ou de mort, il y aura huit infirmiers et huit infirmières sans gages, mais nourris et habillés comme ceux à gages, à la réserve de l'habit qu'ils n'auront que lorsqu'ils seront en pied, lesquels surnuméraires seront employés dans la maison, lorsqu'ils ne remplaceront pas les autres, savoir, les filles à la chambre ou aux autres ouvrages auxquels la mère Prieure pourra les occuper, et les hommes par le panetier aux gros ouvrages de son département, lesquels surnuméraires remplaceront les infirmiers et infirmières en pied, par ordre d'ancienneté soit par intérim en cas de maladie, soit définitivement, en cas de retraite, de mort et lorsque lesdits surnuméraires remplaceront les infirmiers où infirmières pour causes de maladies ils n'auront aucuns gages à prettendre. Cependant, dans le cas ou lesdits surnuméraires seroient plus d'un an sans obtenir d'emploi ils auront après ladite première année, savoir les hommes *trois livres par mois* et les filles *quarante sols.*

Lorsque lesdits surnuméraires seront employés soit par la mère Prieure, soit par le panetier, ils tiendront lieu des gens qu'on auroit eté obligé de prendre pour faire l'ouvrage dont on les chargera (3).

IX. L'habillement des infirmiers sera asses distinct de la forme ou couleur des habillements ordinaires, pour qu'on puisse les reconnoitre partout, dans la maison et à la porte, pour infirmiers, et ne le sera cependant pas assez pour paroitre extraordinaire au dehors de la maison; cette distinction pourra consister soit dans un petit parement ou dans un collet à leurs vestes de couleurs différentes; l'habillement des filles de la chambre d'en bas est tel qu'il suffit pour les distinguer de touttes autres femmes.

X. Les infirmiers ou infirmières à plus haute paye ne seront pas habillés différemment de ceux qui auront la plus basse, mais les premiers infirmiers auront une marque distinctive, savoir le collet ou le parement de leur veste d'une couleur différente, afin que les uns et les autres puissent être facilement reconnus.

XI. Les infirmiers et infirmières ne pourront jamais paraître dans l'Hotel-Dieu, n'y sortir au dehors sans avoir l'habit de la maison sous peine de privation de vin.

XII. Les infirmiers et infirmières à plus haute paye feront une classe différente des autres et il y aura toujours dans chaque salle un nombre proportionné à celui des autres, à raison d'un au moins sur six.

XIII. Les infirmiers seront payés tous les trois mois, comme touttes les autres personnes de la maison, mais de manière qu'il y aura toujours un quartier en arrière pour répondre de leur conduite.

XIV. Ils ne pourront quitter le service de l'Hôtel-Dieu sans congé et dans le cas où ils le feraient furtivement et en emportant l'habillement ou telle autre chose que ce soit de la maison (1), les gages qui leur seront deus au moment de leur sortie ne leur seront pas payé et ils le seront au contraire jusqu'au dernier jour, s'ils ne sortent qu'avec l'agrément de l'Inspecteur des salles qui en rendra compte chaque fois au Bureau.

XV. Les infirmiers et infirmières seront subordonnés principalement à la mère Prieure, aux religieuses sous les ordres desquelles ils serviront (2), à l'inspecteur et aux sous-inspecteurs des salles, mais ils porteront encore honneur et respect à tous les prêtres, à touttes les relligieuses et novices, et à tous les officiers de la maison, à peine d'être congédiés. A. R. *(A suivre)*

(1) On sait que les malades étaient plusieurs dans un lit. Nous avons cité plusieurs fois les abus commis par les religieuses qui plaçaient les convalescents à côté des moribonds, les malades atteints de maladies contagieuses côte à côte avec des personnes saines. L'illustre Tenon dans son rapport sur l'Hôtel-Dieu nous a dépeint d'une façon saisissante cet effrayant tableau. Nous y renvoyons nos lecteurs.

(2) Il y a assurément là un grand progrès dans l'amélioration des services hospitaliers. Ces infirmiers et ces infirmières à paye maximum et ayant cinq ans de service dans l'Hôtel-Dieu fournissent déjà un personnel éclairé et capable de soigner intelligemment les malades.

(3) Dans une délibération antérieure, la Compagnie arrête que tout domestique qui aura contracté une maladie dans l'exercice de ses fonctions sera conservé dans l'Hotel-Dieu pour y être traité et être ensuite réinstallé dans sa place après guérison.

(1) C'est ainsi qu'avant ce règlement les infirmiers et infirmières avaient l'habitude de se payer eux mêmes. Ne recevant pas de gages, le moyen était excusable. Aussi les administrateurs avaient-ils presque toujours fermé les yeux là dessus.

(2) A part l'enrolement régulier des infirmiers et des infirmières par l'administration, rien n'est changé. Les religieuses continueront toujours à se débarrasser de toutes les corvées sur les domestiques. Mais ces derniers vont bientôt réagir. Le vent de l'émancipation révolutionnaire commence déjà à souffler. La légalité et la justice vont se faire jour. Les infirmiers et les infirmières réclameront bientot contre les exactions des religieuses.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 23. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Marc Sée, Second, Jalaguier. — 2e de Doctorat, oral (1re partie), (1re *Série*) : MM. Trélat, Rémy, Brissaud ; — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Fournier, Reynier ; — (2e partie) : MM. Damaschino. Ch. Richet, Déjérine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Pinard, Reclus ; — (2e *Série*) : MM. Budin, Delens, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Potain, Landouzy, Chauffard.

MARDI 24. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Duplay, Quenu, Brun. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Bouchard, Poirier, Schwartz ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Mathias-Duval, Bouilly ; — (3e *Série*) : MM. Le Fort, Polaillon, Peyrot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Panas, Charpentier, Campenon ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Legroux. Troisier.

MERCREDI 25. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Lannelongue, Reynier, Jalaguier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Segond, Déjérine ; — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Reclus ; — (3e *Série*) : MM. Hayem, Delens, Rémy ; — (2e partie) : Ch. Richet, Joffroy, Chauffard. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Straus, Raymond.

JEUDI 26. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Mathias-Duval, Poirier, Brun. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) : MM. Polaillon, Legroux, Quenu. — 3e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Schwartz, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Peyrot, Charpentier ; — (3e *Série*) : MM. Duplay, Panas, Bouilly ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Dieulafoy, Hanot.

VENDREDI 27. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Guyon, Delens, Jalaguier. — 2e *de Doctorat,* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Marc Sée, Raymond, Rémy — (2e *Série*) : MM. Hayem, Ch. Richet, Segond ; — (3e *Série*) : MM. Damaschino, Kirmisson, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Lannelongue, Budin, Reclus ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, A. Robin..

SAMEDI 28. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Panas, Brun, Campenon. — 1er *de Doctorat* : MM. Laboulbène, Guebhard, Villejean. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Duplay, Mathias-Duval, Quenu ; — (2e *Série*) : MM. Polaillon, Poirier, Peyrot. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Troisier, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Schwartz, Maygrier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Bouchard, Legroux, Hanot ; — (2e *Série*) : MM. Ball, Fernet, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 24. — M. Foulque. De la pulpe vaccinale glycérinée. — M. Coppin. Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide sulfureux. — M. Chevalier. Du pansement antiseptique du cordon ombilical. — M. Klein. Du délire des grandeurs. Etude séméiologique. — M. Lagente. Contribution à l'étude

des lympho-sarcomes du médiastin. — M. Archipoff. Contribution à l'étude de la migraine. — *Jeudi* 26. — M. Texier. Du traitement de la chorée par l'antipyrine. — M. Fourrier. Respiration artificielle dans l'éclampsie puerpérale,

Union médicale des membres des Sociétés de secours mutuels.

L'*Union*, en groupant par section les membres adhérents des Sociétés, autour de la demeure du médecin de la section, a pour but, d'éviter à ce dernier des déplacements longs et coûteux, de procurer aux sociétaires alités des soins plus prompts et à ceux qui peuvent se rendre aux consultations un trajet moins long Cette Société est constituée et autorisée par arrêté en date du 10 mars 1888, le sectionnement des quartiers et le classement des Docteurs sont opérés par une Commission, composée de Docteurs et de membres du Conseil de l'Union. Il ne reste plus que quelques sections à pourvoir de titulaires.

La Commission de l'Union, fait appel au corps médical, pour inscrire sur les contrôles, un nombre de Docteurs suppléants qui deviendront, très rapidement titulaires de sections, à mesure que le nombre des adhérents obligera à en créer de nouvelles. Les Docteurs désireux de connaître le règlement médical, adopté par le Conseil d'administration de l'Union, sont priés de s'adresser à l'un des membres de la Commission, M. le Dr Grange, 2, rue Moret, qui mettra à leur disposition un exemplaire du règlement médical et recevra les adhésions tous les jours de 1 heure à 4 heures.

Caisse des pensions de retraite du corps médical français.

L'Assemblée annuelle de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français a eu lieu dimanche matin, 8 avril, au siège social, 22, place Saint-Georges, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz. Après le rapport du secrétaire général, M. Lande, sur la situation morale de l'Association, le trésorier, M. Verdalle, a fait connaître l'état financier de la Caisse, dont le Comité des censeurs avait la veille examiné et vérifié, pièces en mains, tous les comptes, et dont les chiffres suivants sont l'exacte et éloquente expression :

RECETTES.

Cotisations.	153.773 60
Dons à la Caisse des pensions. . .	2.300 »
Dons à la Caisse auxiliaire	650 »
Profits et pertes.	382 03
Intérêts des valeurs	11.483 75
Total. . . .	168 589 38

EMPLOIS.

Portefeuille	158.221 75
Frais généraux	5 315 18
Reste en caisse au 6 avril 1888. . .	5.052 45
Total. . . .	168.589 38

L'encaisse était l'année dernière, au 6 avril, de 128.955 fr. 46. Les encaissements de cette année se sont élevés à 39,633 fr. 32. L'avoir total est donc cette année de 168,589 fr. 38.

Cette année, la Caisse a acheté 1,200 fr. de rente 3 0/0 amortissable, moyennant le prix de 34,319 fr. 05 (titre nominatif au nom de la Caisse des pensions.) Le portefeuille se compose aujourd'hui de 29 obligations du Midi, 3,000 fr. de rente amortissable, 50 obligations foncières 1883, 50 obligations communales 1882, 50 obligations Orléans, etc.

Ainsi la fortune de la Caisse des pensions de retraite s'accroit régulièrement chaque année de la quantité prévue par ses fondateurs, et, comme il n'y a pas de raison pour que ces prévisions cessent de se réaliser, on peut affirmer en toute sûreté qu'à la fin de la première période décennale, la Caisse, riche de 4 à 500,000 francs de capital, ou de 15 à 20,000 fr. de revenus, sera en mesure de remplir toutes ses obligations. Le problème, longtemps discuté, est donc résolu et les sceptiques doivent rendre les armes. S'il s'en rencontre encore, tous les doutes se dissiperont devant le fonctionnement régulier de l'Œuvre, appelée certainement à occuper le premier rang, à côté de l'Association générale, parmi nos institutions professionnelles de prévoyance. Elle mérite dès à présent toutes les sympathies et toute la confiance des médecins qui, obéissant au désir légitime d'assurer la tranquillité de leurs vieux jours, veulent en même temps s'associer à une pensée éminemment confraternelle.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 8 avril 1888 au samedi 14 avril 1888, les naissances ont été au nombre de 1198, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 431 ; illégitimes, 180. Total. 611. — *Sexe féminin :* légitimes, 414 ; illégitimes, 173. Total, 587.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 8 avril 1887 au samedi 14 avril 1888, les décès ont été au nombre de 1082, savoir : 596 hommes et 486 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 3. T. 10. — Variole : M 4, F. 3, T. 7. — Rougeole : M. 4, F. 8. T 12. — Scarlatine : M. 4, F. 0, T. 4. — Coqueluche : M. 0, F. 5. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 17, F. 22, T. 39. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 133, F. 56. T. 189. — Autres tuberculoses : M. 13, F. 14. T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 7. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 18, F. 27. T. 45. — Méningite simple : M. 23, F. 25. T. 48. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 26, F. 23. T. 49. — Paralysie M. 4, F. 3. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 5. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 40, F. 37. T. 77. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 15 T. 35. — Bronchite chronique : M. 23, F. 26. T. 49. — Broncho-Pneumonie : M. 23, F. 20. T. 43. — Pneumonie M. 32, F. 32. T. 64. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 16. T. 31. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 9. T. 19 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 4, F. 0. T. 4. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 7. T. 7. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 0. T. 0. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 20, F. 17, T. 37. — Sénilité : M. 12, F. 23. T. 35. — Suicides : M. 11, F. 2 T. 13. — Autres morts violentes : M. 9. F. 3. T. 12. — Autres causes de mort : M. 115 F. 75. T. 190. — Causes restées inconnues : M. 4 F. 3. T. 7.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 26, illégitimes, 20. Total : 46. — *Sexe féminin :* légitimes, 29; illégitimes, 10. Total : 39.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — Dans sa réunion de jeudi 12 avril, le Conseil de surveillance de l'Assistance publique a voté l'adoption d'un projet d'installation, à la Maternité, de la nouvelle chaire de clinique obstétricale votée par la Faculté de médecine, et décidée en principe. Le projet voté par le Conseil de surveillance permettra aux étudiants en médecine de faire, dans le cours de leur année, une moyenne de trois accouchements par élève.

ARRESTATION D'UN MÉDECIN A VIENNE. — On télégraphie de Vienne (Autriche), que le célèbre médecin Horéarth, « dont la clientèle est essentiellement aristocratique », vient d'être arrêté sous l'inculpation d'avoir provoqué par ses manœuvres plus de deux cents avortements.

INSTITUT ANTI-RABIQUE DE CONSTANTINOPLE. — Le Dr Lacros Pacha expose dans la *Gaz. des Hôp. de Constantinople* un tableau détaillé de treize personnes par lui traitées, depuis mai jusqu'en décembre 1887, mordues par un cheval, ou de chiens reconnus enragés et traités par la méthode intensive ou modifiée par l'auteur. Aujourd'hui, paraît-il, toutes ces personnes se portent bien.

LA TRICHINOSE EN ALLEMAGNE. — Le conseil d'hygiène de Berlin dit que dans l'Oberkunwald, 150 individus ont été atteints de trichinose et cela en l'espace de plusieurs mois. Le nombre des morts s'élèvent actuellement à 15.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. PERROT, membre de l'Institut, directeur de l'École normale, et M. DELPEUCH, chef du cabinet du ministre de l'Instruction publique, sont chargés d'une mission en Tunisie, à l'effet de représenter à l'inauguration du musée du Bardo le ministre de l'Instruction publique. — M. FRANÇOIS, maître de conférences à la Faculté des sciences de Rennes, est chargé d'une mission en Océanie et particulièrement à Taïti, en vue d'y étudier les polypes coralligènes et les récifs madréporiques.

NOMINATIONS. MÉDECIN MILITAIRE. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ, médecin principal et directeur du service sanitaire, est nommé médecin inspecteur de première classe. M. Dujardin-Beaumetz a conservé ses fonctions de directeur.

PRÉFECTURE DE POLICE. — *Secours publics aux malades et blessés. — Transport par brancard effectués à Paris du 1er janvier au 31 mars 1888.* Il a été transporté, durant le 1er trimestre de 1888, 233 malades par la préfecture de police, dont 135 hommes et 98 femmes. Les causes des transports sont les suivantes : Suicide : 11 ; mort subite : 8, chutes, fractures : 65 ; rage : 1 ; plaies, contusions, brulûres : 31 ; pleuro-pneumonie, bronchite : 8 ; troubles gastro-intestinaux : 8 ; hémorrhagie : 26 ; accouchements : 34 ; fièvre intermittente : 4 ; typhoïde : 1 ; épilepsie : 6 ; alcoolisme : 2 ; paralysie : 7 ; rhumatisme : 7 ; ané-

mie : 6; asthme : 5 ; hernie : 3. L'usage qui a été fait des brancards déposés dans les commissariats et les postes de police de Paris, pendant ce trimestre, se répartit ainsi : janvier : 96 ; février : 72 ; mars : 65.

PRIX. — *Concours de la Société centrale de médecine du département du Nord.* — La *Société de médecine du Nord* décernera, en 1889, un prix de 500 francs au meilleur Mémoire inédit sur un sujet de médecine ou de chirurgie. — Les mémoires doivent être écrits lisiblement en français ; une devise inscrite en tête du manuscrit sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom et l'adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera exclu du Concours. Les mémoires devront être adressés franco, avant le 1er janvier 1889, à M. le Dr Baudry, secrétaire général de la Société, 14, *rue Jacquemars-Giélée, Lille.* — La Société se réserve la propriété des manuscrits. Elle publiera dans le *Bulletin* le Mémoire couronné et les travaux qui, sans mériter de prix, lui paraîtront néanmoins dignes de la publicité. Un tirage à part de 100 exemplaires sera adressé aux auteurs des mémoires publiés.

NÉCROLOGIE. — Le Dr Edouard BLONDEL, ancien médecin des Forges d'Anzin, décédé à Raismes. — Le Dr PION, directeur du *Poitou médical.* — La *Rivista clinica e terapeutica* annonce la mort du Dr F. Maria BALLESTRERO qui vient de laisser plus de 120,000 fr. aux hôpitaux et aux sociétés scientifiques d'Italie. —El *Siglo medico* nous fait part du décès du Dr Luis CARRERAS, oculiste distingué ; — du Dr Enrique MARTIN, directeur de l'Ecole vétérinaire de Cordoue. — Le *Petit Républicain Orléanais* annonce la mort du Dr Amédée DEVADE, député du Loiret, né en 1818, le Dr Devade, à la suite de bonnes études, se destina à la médecine. Reçu docteur en 1843 où il présenta comme thèse : *Du rétrécissement et de l'oblitération de l'aorte* ; il vint exercer à Gien sa ville natale. Il fut médecin de l'hôpital de cette ville de 1847 à 1851, où il fut révoqué lors de l'avènement de Napoléon III. Il se distingua pendant la guerre dans les ambulances de l'armée de la Loire. En 1876, il fut élu député et réélu aux élections suivantes. Républicain très modéré, il jouissait dans son pays de l'estime générale.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Clinique des maladies nerveuses* : M. CHARCOT a repris ses leçons le mardi 28 février, et les continuera les vendredis et mardis suivants. — *Clinique mentale* : M. A. VOISIN, dimanche à 9 h. 1/2.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES.—*Thérapeutique infantile* : M. Jules SIMON, mercredi à 9 heures. — *Pathologie et clinique médicale infantile* : M. DESCROIZILLES, le vendredi à 9 heures. —*Clinique médicale* : M. le Dr OLLIVIER, le lundi à 9 heures. — *Clinique chirurgicale* : M. le Dr DE SAINT-GERMAIN, jeudi à 9 heures.

CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS. — M. BUDIN, samedi et mardi à 9 heures du matin.

HÔPITAL BICHAT. — *Clinique et thérapeutique médicales* : M. le Dr Henri HUCHARD commencera ces leçons à l'hôpital Bichat, le dimanche 29 avril, à 9 heures 1/2 très précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Sujet des deux premières leçons : *De la tension artérielle considérée comme indication thérapeutique dans les maladies.*

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Service de M. Ernest BESNIER. — Mardi, opérations dermatologiques : lupus, acnés, etc.— Mercredi, dermatophylies, teignes, alopécies diverses. — Vendredi, consultation externe. — Samedi, Clinique. — M. HALLOPEAU : Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, jeudi à 10 heures. — M. A. FOURNIER, mardi et vendredi à 9 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

RAYMOND (P.). — Des éphidroses de la face Brochure in-8 de 40 pages et une planche hors texte. — Prix : 2 fr. — Pour nos abonnés. 1 fr. 50.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

ABEILLE (J.). — Guérison rapide de l'entorse et du diastasis par l'application méthodique de la belladone. Disparition presque instantanée de l'élément douleur. Brochure in-8° de 24 pages. — Prix : 1 fr.

BOURRU (H.) et BUROT (P.). — Variations de la personnalité. Volume in-16 de 316 pages, avec 13 photographies.— Prix : 3 fr. 50.

CHALEIX-VIVIE. — Des Névralgies vésicales. Brochure in-8 de 129 pages. — Prix : 2 fr. 50

CULLERE (A.). — Les frontières de la folie. Volume in-16 de 360 pages. — Prix : 3 fr. 50.

DECHAUX (P.-M). — La variole et le croup à Montluçon. Volume in-16 de 143 pages. — Prix : 2 fr.

LA HARPE (E. de). — Louèche-les-Bains et ses eaux thermales. Brochure in-8° de 40 pages.

PÉRIER (E.). — La seconde enfance. Guide hygiénique des mères et des personnes appelées à diriger l'éducation de la jeunesse Volume in-18 de 236 pages. — Prix : 2 fr.

ROSENWALD (GUIDE). — Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique. Volume in-18 de 836 pages. — Prix : 3 fr.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

NICOLAS (Ad.). — La Bourboule actuelle. Volume in-18 de 330 pages.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER. place de l'Ecole-de-médecine.

Agenda-Formulaire pour 1888. — 1° Nouveau guide du médecin praticien, par le Dr V. Audhoui ; 2° Pathologie infantile par le Dr Descroizilles ; 3° Renseignements. Volume in-18 de 387 pages. — Prix, broché : 1 fr. 75. — Agenda, cahiers recouverts en soie, prix : 3 fr. — Reliure mouton chagrin, fermant avec crayon : prix : 3 fr. — En porte-feuille avec pattes, prix : 3 fr. 50.

BAUDRY (S). — Eléments de pathologie chirurgicale générale (deuxième fascicule). Volume in-8° de 435 pages. — Prix : 7 fr. — L'ouvrage complet. — Prix : 13 fr.

DREYFOUS (P.). — De l'hystérie alcoolique. Brochure in-8° de 26 pages. — Prix : 1 fr. 50.

GARRIGOU-DESARÈNES. — Du catarrhe chronique, hypertrophique et atrophique des fosses nasales. De l'ozène, obstruction catarrhale des trompes d'Eustache, végétations adénoïdes du pharynx. Traitement par le galvano-caustique chimique. Volume in-8° de 239 pages. — Prix : 5 fr.

GAUDIN (P.).— Sur la pathogénie des accidents nerveux consécutifs aux explosions du grisou. Brochure in-8° de 70 pages.— Prix : 2 fr.

RENDON (M.). — Fièvres de surmenage. Volume in-8° de 160 pages. — Prix : 3 fr. 50.

BOTTEY (F.).— Etude physiologique et thérapeutique sur l'action et la réaction en hydrothérapie. Brochure in-8° de 56 pages. — Paris, 1888. — Imprimerie F. Levé.

GERLIER (F.). — Le vertige paralysant en 1887. Brochure in-8° de 31 pages. — Genève, 1888. — Imprimerie Schuchardt.

SNYERS. — De l'action du strophantus dans les maladies du cœur. Brochure in-8° de 11 pages, avec nombreux tableaux. — Liège, 1888. — Imprimerie H. Vaillant-Carmanne.

THIJSSEN (E H.). — Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. Brochure in-8° de 43 pages. — Paris, 1888. — Imprimerie A. David.

VINCENT (E.). — Contribution à l'étude des fractures indirectes de la base du crâne et des lésions consécutives aux traumatismes cérébraux. Brochure in-8 de 58 pages, avec 3 planches. — Alger, 1887. — A. Jourdan.

WISSARD (A.). — De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement. Volume in-8 de 120 pages. — Paris, 1888. — Henri Jouve.

Librairie STORCK, à Lyon.

LACASSAGNE. — *Compte rendu des travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité* du département du Rhône, par le Dr LACASSAGNE, secrétaire du Conseil, professeur de médecine légale à la Faculté. 2 vol. in-8 avec plans et cartes en couleur.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 17. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 28 AVRIL 1888.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Note au sujet de l'état actuel de la question des cirrhoses hépatiques ;

par le Dr Nicolas GOLOUBOFF, ancien assistant de la clinique propédeutique à Moscou.

Fort désappointé se trouverait celui qui aurait l'idée de se faire un tableau quelque peu exact des cirrhoses hépatiques d'après les différents manuels et traités allemands contemporains.

Prenons par exemple l'article de THIERFELDER, inséré dans le VIIIe tome du Manuel de ZIEMSSEN. Sans critique, ni élaboration, l'auteur reproduit textuellement, d'après les auteurs français, la cirrhose biliaire hypertrophique ; de pair avec elle, il décrit « *l'induration simple* » de FRERICHS et l'inflammation interstitielle consécutive aux calculs intra-hépatiques. EWALD, dans la « REAL-ENCYCLOPÆDIE », nie tout à fait la cirrhose hypertrophique comme une forme limitée, admettant une petite augmentation de volume seulement comme première période de la maladie. Dans son excellente anatomie pathologique, ZIEGLER ne consacre à la cirrhose hépatique que deux pages et deux gravures fort médiocres. Et ZIEGLER, de même que BIRCH-HIRSCHFELD, n'admet pas la cirrhose hypertrophique dans le sens des auteurs français. Ce n'est que dans la troisième édition de son Manuel de Pathologie interne que le professeur EICHHORST, de Zurich, donne un léger aperçu de la cirrhose biliaire hypertrophique.

En France la question des cirrhoses s'élabore assidûment et avec plein succès depuis une vingtaine d'années. La cirrhose biliaire hypertrophique constitue en entier une acquisition de la médecine française (1). Beaucoup de thèses et d'articles séparés, consacrés aux cirrhoses, ont paru dans les journaux ; pourtant on y rencontre beaucoup d'obscurités, maintes contradictions aux points les plus capitaux. Le chapitre des « *cirrhoses* », dans le « *Traité des maladies du foie,* » du Dr J. CYR, publié récemment, n'est peut-être pas toujours traité d'une manière assez positive. En général, il est hors de doute, que même jusqu'à présent l'étude des cirrhoses hépatiques n'est pas encore élucidée et, par conséquent, non formulée. Jusqu'à présent pour plusieurs raisons encore la question n'est pas résolue. Y a-t-il des formes cliniquement différentes et indépendantes de cirrhoses, ou bien n'y a-t-il qu'une seule et unique forme — un Protée insaisissable, échappant à la définition — de *cirrhosis hepatis*?

La clinique et l'anatomie pathologique se sont montrées, pour ainsi dire, hors d'état de résoudre la question de la cirrhose hépatique. Mais depuis longtemps déjà est venu à leur aide la pathologie expérimentale en la personne de WICKHAM LEGG, CHARCOT, GOMBAULT et bien d'autres. Eh bien, qu'a produit jusqu'ici l'expérience ? Citons en un exemple : en Russie, mon collègue HOLMOGOROFF a publié l'année dernière une excellente étude expérimentale (1), dans laquelle il a élucidé quelques détails très intéressants. En lisant cet ouvrage, mon attention est involontairement attirée sur les paroles suivantes : « Il n'a été possible à aucun des observateurs de constater indubitablement la période plus ou moins prolongée de l'augmentation de volume du foie sans sa diminution successive ; pourtant l'existence d'un pareil fait serait seule en état de servir d'argument solide, confirmant l'existence de cette forme de cirrhose, qui s'appelle hypertrophique. Ce sont les observations cliniques qui donnent les indications les plus définitives et les plus décisives sur l'existence d'une forme indépendante de cirrhose hypertrophique... Voilà pourquoi, en conclusion définitive, nous sommes plus disposé d'admettre que la question de l'existence indépendante de la cirrhose hypertrophique, comme forme isolée, peut être résolue à priori, *principalement* avec les observations cliniques et anatomiques associées, faites avec le plus grand soin. » De mon côté j'ajouterai à ce sujet, qu'en général il serait urgent d'étudier la question des cirrhoses hépatiques, *cliniquement et anatomiquement*, espérant trouver dans l'observation les bases du diagnostic, à propos duquel déjà HIPPOCRATE disait : *ἡ δὲ πεῖρα σφαλερή.*

Pour montrer la nécessité d'une pareille modification aussi radicale, j'effleurerai dans cette note quelques côtés obscurs et contradictoires de l'histoire *clinique* des cirrhoses hépatiques.

Invariablement et par routine, presque tous les auteurs allemands répètent que, dans la cirrhose simple de LAENNEC, il y a *toujours* avant la période d'atrophie une période d'hypermégalie plus ou moins étendue, parfois jusqu'à l'ombilic, mais que dans maints cas il arrive de ne pouvoir remarquer cette augmentation. On cite les cas (de BRIGHT par exemple), dans lesquels l'on a pu observer l'atrophie successive du foie préalablement augmenté. Observant depuis quelques années beaucoup de cas de cirrhose *typique de* LAENNEC, j'ai dû personnellement venir à cette conclusion : l'hypermégalie préliminaire n'existe pas du tout ou bien c'est un fait extraordinairement rare, ou enfin, en admettant qu'elle s'observe, elle présente alors des dimensions fort peu appréciables. Quelque soit l'appui à cette opinion que j'aie rencontré chez une autorité telle que DA COSTA, qui dit (2) : « Il est douteux néanmoins que l'atrophie de l'organe soit toujours précédée d'une période d'augmentation visible de volume, » je me souviens d'un malade intelligent, soupçonneux, presque hypocondriaque, avec de minces parois abdominales, chez lequel se développa rapidement une cirrhose atrophique très typique ; s'il eut existé une moindre hypermégalie (ou bien une induration dans les limites normales) du foie, elle n'aurait pu échapper non seulement au médecin, mais encore au malade. Au contraire, le Dr J. CYR, dans son « Traité

(1) Cette forme s'appelle chez nous, en Russie, *cirrhose française.*

(1) S. HOLMOGOROFF. *Sur l'origine des hépatites chroniques interstitielles,* Moscou, 1886, 196 p., avec 6 planches coloriées.

(2) DA COSTA. *Handbuch der speciellen Medicinischen Diagnostik.,* traduction russe, pag. 415.

des maladies du foie », prétend (1) que dans maints cas de cirrhose simple de LAENNEC, il a pu constater une augmentation de volume préliminaire sans ascite ; quant à l'état de la rate pendant cette augmentation, il n'en dit rien.

D'après mes observations personnelles, je peux dire, que *chaque fois que l'on constate une augmentation de volume d'un foie cirrhotique, on observe en même temps un tableau correspondant à une marche tout autre de la maladie :* le foie est uniformément augmenté de volume, jusqu'à l'ombilic, pas granuleux ou peu; la rate est volumineuse; l'ascite plus ou moins prononcée ; pas d'ictère (ou bien l'ictère paraît dans des dimensions minimes, tel qu'on le trouve avec un foie atrophié) ; l'état général est satisfaisant; l'étiologie parfois fort obscure. *A ce qu'il parait, des cas semblables sont suivis d'une convalescence plus ou moins persistante.* Au printemps 1883, j'observais à Moscou un malade R....., atteint d'une pareille forme de cirrhose. Il entra d'abord pour quelque temps dans la Clinique propédeutique, ensuite dans celle de l'hôpital Sainte-Catherine. Je l'ai revu après un an ; son état était florissant : sous l'influence du régime lacté (2), des préparations ferrugineuses et diurétiques l'ascite disparut entièrement, la rate diminua considérablement de volume. Le foie, qui d'abord descendait jusque l'ombilic, reprit ses dimensions normales ; il ne conserva que son ancienne dureté; l'état général était très bon. Je n'ai plus revu le malade.

Pareils cas de cirrhoses hypertrophiques sont d'une grande rareté : j'en ai rencontré cependant 2 ou 3 cas chaque année. Je crois nécessaire de mentionner ici que MURCHISON, dont on connaît l'autorité en matière de maladies du foie, sépare complétement dans son manuel classique (3) la susdite forme de la cirrhose hypertrophique de la forme typique atrophique de LAENNEC, en la décrivant sous le nom d' « hépatite interstitielle » ; aussi, pour cette forme, ainsi qu'on le voit d'après ses observations fort précisément décrites, observe-t-il dans la majorité des cas une guérison plus ou moins durable, parfois même complète. En nous reportant à la littérature médicale française, nous y trouvons, par exemple, que A. SURRE (4) pouvait seulement « mentionner cette forme, dont les cas sont très rares. » Suivant SURRE cette forme se caractérise par une durée plus courte. L'éminent professeur JACCOUD (5) a décrit un cas fort rare et intéressant de cirrhose hypertrophique veineuse, qui, cliniquement se caractérisait par sa marche fatalement rapide, et anatomiquement par l'absence des altérations du système des veines hépatiques, c'est-à-dire par de la sclérose insulaire (ainsi que dans la forme hypertrophique biliaire) et non pas par de l'annulaire. En résumé, nous voyons que la forme de cirrhose hypertrophique simple (sans ictère) est encore mal déterminée et mal caractérisée.

La forme cirrhose biliaire hypertrophique, établie par HANOT et d'autres auteurs français, a, sans doute, le droit de l'existence clinique, — *sit venia verbo* ; — mais pour moi elle se rencontre bien plus rarement que les deux formes sus-mentionnées; ces 6 années dernières j'en ai observé un seul cas véritablement typique; un autre l'était moins; il était même en partie douteux (1). Ce dernier cas fut observé par moi jusqu'à la mort pendant deux années, mais sans autopsie.

Probablement, la rareté de la forme est la cause principale de ce que plusieurs de(préférence les auteurs allemands) nient (2) tout à fait son indépendance. Par exemple, il y a un an, dans l'une des conférences de la Société médicale de Moscou, pendant les débats au sujet d'une communication faite par le Dr V. TICHANOFF sur un cas de la cirrhose mixte, le professeur A. OSTROOUMOFF se déclara catégoriquement contre l'existence de la cirrhose biliaire hypertrophique dans le sens des auteurs français, se basant sur le fait qu'il ne lui est jamais arrivé d'observer un cas indubitablement clair. Néanmoins, un grand nombre de cas strictement décrits et analysés cliniquement et anatomiquement ne laissent nul doute sur l'existence de cette cirrhose biliaire hypertrophique, en laissant de côté l'obscurité de sa pathogénie.

On peut comparer le sort de la cirrhose biliaire hypertrophique a celui de la tumeur hydatique alvéolaire : des formes fort rares, ou, pour mieux dire, des variétés rares de formes vulgaires pendant beaucoup d'années ne se comptent pas pour ce qu'elles sont en réalité; malgré tout, bien certainement, elles ont le droit à une existence indépendante. Je connais un professeur de clinique expérimenté qui dans toute sa pratique médicale de 20 ans n'avait vu seulement qu'un cas unique de la tumeur hydatique alvéolaire, à une autopsie faite à l'institut de Virchow. Admettons qu'il n'ait vu même que ce cas là, aurait-il le droit de nier l'existence de la tumeur hydatique alvéolaire ?

Dans la symptomatologie de la cirrhose hypertrophique biliaire il existe beaucoup de choses qui ne sont pas encore établies. Par exemple, d'après les descriptions des uns, le foie augmente également ; or, suivant d'autres (regardez par exemple l'observation de

(1) Pag. 498-500.

(2) Ces derniers temps, M. le Dr Lancereaux a obtenu d'excellents résultats du régime lacté dans les cirrhoses. (*Bulletin médical*, 1887, 31 août).

(3) Ch. MURCHISON. *Leçons cliniques sur les maladies du foie*, 1878, pag. 149.

(4) A. SURRE. *Etudes sur diverses formes de sclérose hépatique.* Chapitre IV : *De la sclérose hépatique sans ictère*, pag. 124 et 117.

(5) *Leçon. de clinique médicale.* Paris, 1885, pag. 28-85.

(1) Je le considère comme moins typique et douteux parce que l'hypermégalie n'était pas uniforme : le lobe gauche se trouvait augmenté de préférence. Involontairement surgit le doute ; n'est-ce pas peut-être un cas de tumeur hydatique alvéolaire à longue durée? Le malade, âgé de 33 ans, est maître d'école. A partir de 13 jusqu'à 21 ans, il souffrit fréquemment de maladies paludéennes. Il avait bu beaucoup d'eau-de-vie à partir de l'âge de 19 jusqu'à 21 ans. Jamais de la syphilis. Ictère à 22 ans. Pendant tout ce temps le malade n'abandonna pas ses occupations. Le 29 mai 1885 on constate : foie lisse, dur, indolent, avec des bords non arrondis, le lobe gauche descendant jusqu'à l'ombilic; la rate déborde de deux doigts au-dessous de l'ombilic ; pas d'ascite ; ictère prononcé ; les selles parfois peu colorées ; dans l'urine une petite quantité de pigment biliaire ; pas d'albumine. La quantité des leucocytes dans le sang est normale. Il avait pris 108 grains de calomel dans le courant du mois de juin et de juillet ; *résultat :* petite diminution du foie (un pouce) ; il est moins dur ; le bord inférieur de la rate s'éloigne en arrière de 3 doigts transversalement; un peu moins d'ictère ; selles bien colorées ; l'appétit s'améliore ; l'ancienne prédisposition à la diarrhée disparait ; pas de pigment biliaire dans l'urine ; les forces reviennent vigoureusement ; le poids augmente de trois livres. Le malade se sent en général, mieux après l'administration de calomel (automne, hiver et printemps 1885-86) et continue avec plein succès l'enseignement à l'école. La mort survint en automne 1886, par suite d'hémorrhagies généralisées de différents organes ; une ascite s'y associa six mois avant la mort.

(2) Les climats et les lieux où sont faites les observations doivent y contribuer pour beaucoup, probablement ; ainsi, par exemple, le professeur EICHHORST dit, dans la 3e édition de son Manuel de pathologie interne, qu'à Zurich se rencontrent fréquemment des variétés de cirrhoses qui au nord de l'Allemagne ne se voient que fort rarement.

JACCOUD, *loc. cit.*) un seul lobe peut augmenter de volume, surtout le gauche. D'après les observations des uns, la surface du foie est lisse; selon d'autres, elle est grenue; le bord, suivant les uns est tranchant; suivant les autres, il est arrondi; etc., etc. Tout cela exige des éclaircissements.

En ce qui concerne la pathogénie de la cirrhose biliaire, très probablement il existe des agents irritateurs qui agissent spécifiquement, *surtout* sur les canalicules biliaires. D'un autre côté, il est possible qu'un seul et même agent irritateur soit en état de provoquer différents changements, en raison directe des *propriétés individuelles du terrain* sur lequel cette irritation tombe; le seul et même agent irritateur peut provoquer chez un sujet la cirrhose vulgaire et chez un autre la cirrhose biliaire. Ce sont les recherches fort minutieuses de mon compatriote, le professeur PODVISOTSKY (1), qui m'inspirèrent cette idée : suivant lui, la lésion traumatique du foie (chez le chat et chez le rat blanc) provoque (surtout chez le rat) une néo-formation de canalicules biliaires, comparativement très modérée; or, chez le lapin et le cobaye, cette lésion, *ceteris paribus*, provoque une apparition colossale des réseaux entiers de canalicules biliaires de nouvelle formation, qui se propagent partout là où se rencontre un obstacle surmontable.

Au reste, on ne pourrait, il me semble, ne pas se ranger du côté des auteurs (DIEULAFOY, SURRE et d'autres) qui acceptent l'existence de maintes variétés de cirrhoses et différentes alliances des formes précitées (*cirrhoses mixtes*). Sans doute, les variétés et les alliances se rencontrent rarement, mais on doit admettre qu'elles existent. Les observations démontrent qu'on peut observer en effet: la cirrhose atrophique avec l'ictère; l'hypertrophique avec l'ictère et l'ascite; l'hypertrophique graisseuse, sans ictère et sans ascite (SABOURIN); l'hypertrophique graisseuse avec ictère, sans ascite (professeur KLEIN, à Moscou), etc. Il serait à désirer que ces variétés fussent soigneusement étudiées sous les rapports cliniques et anatomiques. Ce serait un triomphe notable pour le diagnostic et, en général, pour la médecine clinique, s'il était possible sur le vivant de diagnostiquer de pareilles variétés, telles que la cirrhose graisseuse hypertrophique, et si l'on pouvait ne pas se borner à formuler par routine le diagnostic de *cirrhosis hepatis*.

Afin de pouvoir élever l'étude des cirrhoses hépatiques à la hauteur qui lui est due, on devrait sans idées préconçues laisser de côté toutes les questions générales, comme l'unité ou la pluralité des différentes formes, et tâcher tout d'abord de faire, pour cette partie de la clinique, ce qu'a fait FRERICHS pour les maladies du foie en général; on devrait présenter une description objective, précise des différentes formes, en y ajoutant l'histoire de la maladie (historiæ morbi) et y joindre absolument des dessins, indiquant les limites des organes, les lésions macro et microscopiques, après l'application large de la méthode des injections.

Il tarde aux médecins russes que la solution de ce problème leur arrive de cette contrée qui a déjà tant contribué à éclaircir la question présente, à ravoir du pays natal de la *cirrhose française*.

(1) PODVISOTSKY JUNIOR.— *Régénération du tissu hépatique chez les mammifères*; simultanément en russe et en allemand; in *Beiträge zur Pathologie u. Anatomie von Ziegler*, 1886.

CLINIQUE MENTALE

Folie de l'adolescence. — Instabilité mentale. — Idées vagues de persécution. — Succube;

Par BOURNEVILLE et SOLLIER.

Parmi les cas déjà assez nombreux de *folie de l'enfance* que nous avons observés, le suivant nous paraît mériter, à des titres divers, l'attention du lecteur. Les *illusions génitales*, accusées par le malade, ont joué un rôle prédominant qui permet de les rapprocher de celles qu'on observait autrefois chez certains démoniaques.

SOMMAIRE. — *Tante paternelle : mauvaise conduite. Grand'mère maternelle : emportée. — Sœur morte de méningite avec convulsions.— Colères dans l'enfance. Caractère entêté, instabilité. — A 15 ans et demi, onanisme.— Sommeil mauvais. — Paresse, négligence, querelles fréquentes. — Accès de rire nocturnes et diurnes, sans motif. — Idées de persécution, menaces. — Accusations d'incorporation contre sa mère. — Plaintes au procureur de la République et au préfet de police. — Hallucinations de l'ouïe, de la vue, de l'odorat et de la sensibilité générale. — Accès d'excitation, menaces et coups. — Disparition des idées d'incorporation. — Persistance d'hallucinations de l'ouïe.— Refus de travail. — Alternatives de dépression et d'excitation.— Evasion.— Réintégration —Renvoyé comme guéri.*

Gaug... (Georges), 17 ans, né le 12 mai 1867, couvreur, est entré à Bicêtre (service de M. BOURNEVILLE), le 9 juin 1884.

Renseignements fournis par sa mère (21 juin 1884). — *Père*, 49 ans, cordonnier, bien portant, marié à 31 ans, n'a pas fait de maladie depuis lors. Caractère un peu vif; bon ouvrier. Pas d'indice de maladie de peau ni de syphilis. Pas de migraines ni de rhumatismes. Sobre. [*Père* mort à 73 ou 74 ans; on ne sait de quoi. Journalier aux champs. Il s'était remarié et avait abandonné les enfants du premier lit, dont est le père de notre malade. Il n'était ni en enfance, ni paralysé à sa mort. — *Grands parents paternels*, morts âgés. — *Grands parents maternels*, pas de détails. — Un *frère* bien portant, ainsi que ses deux enfants. — Une *sœur* en bonne santé, de même que ses deux filles. Du second lit, il a un *frère* bien portant et une *sœur* dont on n'a pas de nouvelles; elle se conduit mal et on ne sait si elle vit encore. — Ni aliénés, ni épileptiques, ni paralytiques, ni suicidés, ni criminels, etc., etc., dans la famille.

Mère, 42 ans, travaille à la chaussure; brune, assez intelligente. Physionomie régulière, mais un peu vulgaire. Son fils lui ressemble. Pas de convulsions dans l'enfance. Mariée à 23 ans, bien portante. Pas de migraines; quelquefois, mais rarement, des douleurs de tête. Pas de maladie de peau ni de rhumatisme. Caractère calme; n'est pas nerveuse. [*Père*, berger, mort à 60 ans d'une fluxion de poitrine, sobre, pas d'accidents nerveux. — *Mère*, 68 ans, bien portante, pas nerveuse, mais emportée. — *Grand père paternel* mort très vieux, on ne sait de quoi.—*Grand'mère paternelle*, pas de renseignements. — *Grand père paternel*, pas de détails. Avait été seulement l'amant de la *grand' mère maternelle*, laquelle est morte de vieillesse à 84 ans. De deux *frères*, l'un est mort à 19 ans poitrinaire; l'autre est bien portant, ainsi que son fils. Une *sœur* est également bien portante. Pas d'aliénés, d'épileptiques, de paralytiques, etc., etc., dans la famille. — Pas de consanguinité.

4 *enfants*: 1° notre malade; — 2° fille morte en nourrice, à six semaines, d'athrepsie, sans convulsions; — 3° fille morte à 9 jours, de diarrhée avec vomissements, sans convulsions; — 4° fille morte à 4 ans, d'une *méningite* consécutive à la coqueluche. Elle a eu des *convulsions* et est restée huit jours sans connaissance.

Notre malade. — La *conception* a eu lieu les premiers

jours du mariage dans de bonnes conditions physiques et morales des deux côtés.— Pas d'émotions, pas de traumatisme, pas d'excès pendant la *grossesse*, qui s'est seulement accompagnée de fréquents vomissements. — L'*accouchement* a eu lieu à terme, et s'est fait sans chloroforme ni forceps, quoique laborieusement. Pas d'asphyxie *à la naissance*, mais l'enfant était chétif, et « on aurait dit qu'il souffrait. » — Il a été élevé au biberon avec du lait de vache, chez sa grand'mère, où il est resté jusqu'à 3 ans. Il aurait eu de la diarrhée à 3 mois. Il a commencé à marcher à un an et à parler à 13 mois. Il n'a guère été propre qu'à 2 ans 1/2, mais la grand'mère ne s'en préoccupait pas. A aucune époque il n'a eu de convulsions. Les *premières dents* ont paru à sept mois. — A 4 ans 1/2, *rougeole* et *coqueluche* légère; à diverses reprises diarrhée.— Depuis, il n'eut aucune autre maladie. — Pas d'otite, de gourmes, d'adénites, etc. Il présenta seulement quelques croûtes d'impétigo à la face, et il eut « comme un grand feu dans la bouche et à la joue gauche. »

Envoyé à l'asile des sœurs, il apprenait peu, était turbulent et très joueur.— Entêté et méchant avec les autres enfants, il voulait les faire marcher, et avait parfois de *fortes colères*. — Mis à l'école à 7 ans, il continua à être entêté, mais apprit bien, eut toujours des prix, gagna une bourse de 100 francs et fut admis à l'école Turgot. Il avait 13 ans, mais n'entra pas à cette école, un parent ayant conseillé de le placer dans le commerce d'exportation, où il resta jusqu'à 14 ans 1/2 (août 1880 à février 1882). — On était content de lui pour son travail, mais peu à peu son *caractère est devenu méchant*, fier, entier. Il se croyait au-dessus des autres, et ne voulait pas recevoir d'ordres. Son patron l'a renvoyé en 1882, l'enfant se moquant de lui et refusant de lui obéir. Il est alors rentré chez ses parents pendant 15 jours, durant lesquels on n'a rien remarqué de particulier, ni douleurs de tête, ni onanisme. On l'a placé alors dans une plomberie, où il faisait les recettes, les mémoires, des métrés, etc. On en était satisfait; mais peu à peu, il s'est fâché avec les cinq employés de la maison dont il n'acceptait aucune plaisanterie. Il était toujours entêté, propre et coquet de sa tenue, et ses minuties lui attiraient les moqueries de ses camarades. Au bout de 18 mois son patron l'a renvoyé, disant qu'il ne voulait pas de discussions dans son bureau. Il avait alors 16 ans (juillet 1883). Depuis 15 ans 1/2 sa mère avait remarqué des *taches de sperme* sur ses draps. Se masturbait-il, ou avait-il des pertes nocturnes, on ne sait? Il était assez grand déjà à cette époque, ayant des poils au pénil, mais pas encore de barbe. Il fut replacé peu après chez un autre plombier où il gagnait 110 fr. par mois au bout de trois semaines. Mais il se ralentit dans son travail; en août il eut de nombreuses querelles dues à son entêtement, et en novembre son caractère était devenu encore plus mauvais, surtout à la maison. On ne pouvait rien lui dire, et il envoyait promener sa mère pour le plus léger motif. Il continuait cependant à fréquenter l'école du soir.

Vers la fin de novembre, on remarqua qu'il avait les yeux cernés et qu'il était parfois comme hébété, mais sans douleurs de tête. Le sommeil était mauvais, plus court que d'habitude, toutefois il ne se compliquait point de *cauchemars*. G... devint paresseux et cessa d'aller à l'école du soir. On ne pouvait plus le faire lever bien qu'il ne dormît pas. Il ne refusait cependant pas de travailler; mais son ancienne activité était remplacée par une tendance à l'inertie. — De coquet qu'il était, il devenait paresseux pour s'habiller. Il fallait lui demander vingt fois le plus petit service d'intérieur avant de l'obtenir.

En janvier 1883, il s'est mis à *rire* au milieu de la nuit, ce qui lui arrivait aussi quelquefois le soir en rentrant de son travail. Une fois sa mère le surprit la tête dans ses mains et riant comme un fou, mettant son mouchoir devant sa bouche pour rire. Interrogé sur ses *rires nocturnes*, il répondait par des raisons niaises ou pas du tout. Son père est alors allé voir son patron et celui-ci lui a déclaré qu'on ne pouvait plus rien en faire, qu'il ne faisait plus le tiers de sa besogne. A l'atelier aussi, il était pris d'*accès de rire*. Tout le monde disait qu'il était malade, qu'il était fou.

Repris par ses parents en février 1884, il présenta les mêmes accès de rire. Un médecin lui prescrivit du bromure de potassium et des bains sulfureux. Conduit à l'Asile clinique (Sainte-Anne), M. Magnan lui ordonna des douches qu'il prit régulièrement à Saint-Louis. Son père essayait de le faire travailler à la maison: tantôt il acceptait, tantôt il refusait. Une potion calmante avait rendu le sommeil meilleur. Mais, au bout de quinze jours, il fut *repris de ses rires nocturnes*. Bien que la mère de l'enfant eut conseillé à son mari, en menant l'enfant à Sainte-Anne, de signaler l'onanisme, il n'en dit rien à M. Magnan. On apprit alors de son patron que souvent il se masturbait dans les cabinets, surtout vers novembre 1883, et dans son lit il y avait moins de taches depuis ce moment: Reconduit à Sainte-Anne, M. Magnan conseilla de l'envoyer à la campagne. On le conduisit à Argentan chez son oncle et son beau grand-père. Celui-ci, maçon, l'emmenait avec lui travailler. Les accès de rire avaient disparu. Mais, au bout de quatre semaines d'amélioration, il refusa de travailler, allait se promener, ne lisait plus. Il avait acheté une glace et se regardait dedans sans cesse. Une fois, il fit le tour de la ville son parapluie ouvert, bien qu'il ne plut pas. Ses parents écrivirent alors à son père qu'ils ne pouvaient plus le garder et qu'il fallait le venir chercher. Il voulait de l'argent pour vivre libre et indépendant, voulait aller faire des « dessins à Honfleur », disait que si on voulait l'emmener d'Argentan, il ferait un mauvais coup. Son père répondit qu'on le lui renvoyât, mais, ayant paru mieux à ce moment, on le garda. Deux jours après, il retomba: il prétendait que des gens l'électrisaient et qu'il fallait les faire arrêter; il ne parlait que du commissaire de police. Son père fut de nouveau prévenu, et sa mère vint le chercher. Mais il ne voulait pas revenir avec elle, disant que c'était pour le mettre à Sainte-Anne. Il sauta au cou de sa mère et voulut l'étrangler, et il resta coucher dehors, disant « *qu'il ne voulait pas coucher sous le même toit que sa mère.* » On le voyait se lever tout à coup, en gesticulant. A 8 heures, il revint chez son oncle, mais refusa de partir avec sa mère. Il voulait qu'on arrêtât les gens qui l'électrisaient. Tout à coup, pendant le déjeuner, il se mit à injurier sa mère, l'appelant idiote, disant qu'elle était « *une exploiteuse de la nature* », tu es une faiseuse d'idiots, tu es une putain, je vais te botter. » — Il l'accusait d'avoir fait mourir sa sœur, de vouloir le faire mourir aussi. Il a même essayé de lui donner un coup de couteau et a menacé son oncle. On a été obligé d'aller chercher les gendarmes qui lui ont mis les menottes et l'ont enfermé au violon, dans une salle de la tour dont son oncle est concierge. On l'a ensuite conduit à l'hospice d'Argentan, d'où il a essayé de se sauver le jour même. — Il voulait qu'on lui fasse des rentes. « Je ne veux pas m'en aller d'ici, disait-il; je veux les papiers de magistrature en mains; je veux quatre francs par jour et vivre indépendant. » Il ne parlait pas d'*incorporation* (1). Son père est alors venu à Argentan et lui a dit qu'on lui ferait ses quatre francs par jour, mais qu'il fallait aller signer des papiers à Paris: l'économe, les sœurs lui avaient persuadé aussi qu'il le fallait.

En chemin de fer, il était comme en pleine santé, faisant des remarques raisonnables. Arrivé à Paris, ses parents eurent beaucoup de difficultés pour le placer, le commissaire de police n'ayant pas voulu voir les pièces de son collègue d'Argentan... Gaug... coucha chez ses parents et passa une assez bonne nuit. Le lendemain matin il alla avec son père à l'Asile clinique. La consultation n'ayant lieu que le lendemain, ils revinrent déjeuner à la maison. Il déjeuna tranquillement, puis sortit à une heure et demie et ne rentra que le soir à huit heures, ayant cassé son parapluie et disant qu'il venait des Invalides. Comme il était en sueur, *sa mère voulut l'essuyer, mais il la repoussa*. Il dînait tranquillement, quand tout à coup

(1) Les expressions relevées plus haut d'une exploiteuse de la nature semblent indiquer que cette idée le hantait déjà.

il se leva de table et prit son paletot. « Où vas-tu ? lui demanda son père ? » « Moi je ne couche pas ici, répondit-il, donne-moi deux francs. » Sa mère faisant des observations et voulant le retenir, il lui dit: « Laisse-moi tranquille ou je t'étrangle. » Alors il se sauva malgré les efforts de voisins pour l'en empêcher: « *Pour ma sécurité*, leur criait-il, *je me sauve de mes parents.* » — Parents et camarades ont couru après lui pendant quelque temps, et découragés ont fini par le laisser. Il est allé coucher chez un de ses cousins. A son arrivée chez celui-ci, il était tout bouleversé, proférant des menaces contre ses parents. Sa cousine qui l'avait reçu ne savait rien de ce qu'il avait eu dans ces derniers temps. Il lui raconta son voyage à Argentan, et lui dit ensuite qu'il allait coucher du côté de la Madeleine, qu'il casserait de belles glaces afin de faire dépenser de l'argent à ses parents et de se faire arrêter dans un grand quartier. Son cousin étant rentré, essaya de lui faire entendre raison. Il se calma un peu et revint avec son cousin prévenir ses parents qu'il coucherait chez lui, répétant que pour sa sécurité il ne voulait pas coucher chez ses père et mère. Le lendemain, son père alla le chercher chez son cousin. Il était calme et le suivit d'abord; mais, au bout d'un certain temps, il déclara ne pas vouloir se rendre à la maison et entama une vive discussion avec son père qui fit signe à un agent. Quand celui-ci voulut l'arrêter, l'enfant essaya de le faire tomber. Il fut conduit chez le commissaire de police, puis au dépôt, et de là à Sainte-Anne le 15 mai. Jamais chez lui il n'avait proféré d'accusations relativement à la mort de sa petite sœur. Celle-ci, qu'il paraissait aimer beaucoup, était morte quand il avait à peine 9 ans. Après sa mort et jusqu'à sa maladie, il n'en parlait jamais. On en était même surpris. Il n'en était pas jaloux.

On ne pense pas qu'il ait jamais eu de rapports sexuels. Il ne semblait pas faire attention aux petites filles. A partir de l'époque où il a quitté l'école il a cessé de voir ses camarades; il n'aimait ni jouer, ni rire. Il trouvait bêtes ceux qui s'amusaient. Il était sombre, et son père lui disait : « Mais, mon garçon, tu es plus vieux que moi. » On assure que c'est quelques jours avant de partir à Argentan qu'il s'est montré grossier envers sa mère. De là une dispute avec son père qui lui a donné un soufflet dont il a essayé de se venger. Il n'y avait jamais eu de scène semblable, et jamais il ne s'était révolté contre son père. On assure que jamais il n'avait parlé d'*incorporation* avant son entrée à Sainte-Anne. « Etant à Argentan, dit sa mère, il nous blâmait un jour, et dit à ses parents, « que son père était un juif, et que moi j'étais une grosse vache. » — Sa mère le visita plusieurs fois à Sainte-Anne. Le premier jour il la reçut bien, mais une autre fois on a refusé de le lui laisser voir parce qu'il était très surexcité. L'interne de M. Magnan aurait dit qu'on ne pouvait le garder à Sainte-Anne parce qu'on n'avait pas là ce qu'il fallait pour le maintenir et qu'on allait l'envoyer à Bicêtre. Le même interne disait que le malade avait cassé des carreaux, battu un enfant, et qu'il déchirait tout.

Notre malade aimait assez sa mère jusqu'à 12 ans; il n'a jamais aimé son père qui le corrigeait quelquefois. Sa mère assure ne l'avoir jamais frappé, tandis que son père était exigeant pour ses leçons et très ambitieux pour lui, disant qu'il ne voulait pas que son fils fût un ouvrier comme lui. En septembre 1883, son second patron l'avait accusé d'avoir fait une surlivraison dans sa première maison au profit de la personne qui lui avait procuré la place. Il s'était vivement préoccupé de cette suspicion et sa mère se demande si elle n'aurait pas été cause de la maladie actuelle.

Etat actuel. — *Poids*, 49 k. 200; *taille*, 1 m 55.— *Crâne* régulier, très rond.

Diamètre antéro-postérieur. . . .	175	millim.
Diamètre transverse maximum . .	165	—
Circonférence du crâne à la base.	54	cent.
D'une oreille à l'autre.	34	—
De la racine du nez à la protubérance occipitale	33	—

Face triangulaire, peu allongée, large, trop développée même par rapport au crâne. *Front* régulier, large, assez haut, un peu fuyant en haut. Bosses frontales assez saillantes; *nez* droit, un peu épaté; arcades sourcilières peu saillantes; *yeux* larges, pupilles égales, iris brun; *joues* assez saillantes au niveau des régions molaires, plates au-dessous; *bouche* moyenne, *lèvres* un peu épaisses. *Menton* rond, régulier. *Oreilles* épaisses, peu ourlées, — lobule mal détaché. — *Cou* moyen (33 cent.). — *Thorax* régulier bien conformé.

Membres supérieurs et inférieurs bien constitués.

Organes génitaux. Poils abondants et frisés au pénil, abondants à l'anus. Bourses pendantes. Testicules égaux, de la grosseur d'une petite noix. Gland peu développé, découvrable, mais le prépuce le recouvre complétement à l'état ordinaire et est un peu serré.

Peau. Taches de rousseur sur tout le visage. Quelques boutons d'acné sur le nez, la poitrine et la partie supérieure du dos. Trois cicatrices de vaccine dont une très grande à la partie postérieure de la région deltoïdienne droite. Cicatrice transversale sur le nez, consécutive à un coup de pierre. — Légère adénite inguinale, surtout à droite. Cheveux et sourcils bruns. Quelques poils bruns sur les jambes.

La *sensibilité générale* est la même des deux côtés.—La *vue*, l'*ouïe*, l'*odorat* et le *goût* sont normaux.

Appareils respiratoire, circulatoire et digestif, rien à noter. (*A suivre*).

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La question des bains et de l'hydrothérapie externes dans les hôpitaux de Paris.

Nous assistons, parfois, à d'étranges réclamations, à de bizarres revendications sous prétexte d'économie. A une époque où chacun, à quelque classe sociale qu'il appartienne, est d'avis que les villes, en pays monarchiques ou non, doivent s'imposer les plus grands sacrifices en faveur de l'hygiène, où, par n'importe quel procédé, elles s'en imposent réellement pour s'opposer à l'invasion de la maladie, où les savants et les représentants de la presse déposent souvent leur drapeau politique pour combattre ensemble sous la bannière du progrès, M. Després, marri des dépenses exagérées qu'il constate (c'est lui qui parle) de par cette source, se déclare l'ennemi de la distribution gratuite des bains aux indigents. Comme elle donne lieu à des abus, et que les entrepreneurs de bains privés patentables font entendre des réclamations, il n'y a plus qu'à les supprimer. (Conseil municipal, séance du 24 mars 1888.) Pour lui répondre on dit : l'intérêt général commande qu'on donne le plus de bains possible à la population pauvre, (MM. Levraud, Lary, Cattiaux); il nous faudrait deux grands établissements de bains publics et gratuits, l'un sur la rive droite, l'autre sur la rive gauche de la Seine (proposition Vaillant); il importe d'établir un service municipal de bains (Faillet).

Sans méconnaître l'avantage qu'il y aurait à ce que Paris possédât des thermes semblables à ceux de l'antiquité, nous ne pouvons nous empêcher de faire observer que ces grandes créations sont coûteuses, et que, par suite, leur projet, donnant en partie raison à M. Després, deviendrait aisément, précisément à cause de cela, un motif sinon d'exclusion, au moins, ce qui y ressemble fort, de temporisation indéfinie. Nous n'ignorons pas non plus qu'il y a eu des abus, que les meil-

leures institutions ont leurs inconvénients, qu'à MM. les entrepreneurs de bains privés appartiennent certains droits, etc... Et nous examinerons plus loin ces arguments.—Mais, auparavant, nous devons dire qu'on nous paraît oublier un peu vite un véritable système utile déjà mis en train,qui,complété, amélioré, bien et intelligemment organisé, satisferait aux exigences de la santé publique dans une large mesure. Reprenons l'historique de cette question.

D'abord ce n'est pas, comme le prétend M. Després, sur la proposition du regretté G. Robinet, que « la plupart des hôpitaux distribuent actuellement des bons gratuits de bains. » En 1876, M. Bourneville, après avoir constaté l'*état pitoyable des services de bains et d'hydrothérapie dans les hôpitaux et hospices de Paris*, fait toucher du doigt au Conseil la nécessité de les réorganiser. Il montre, par exemple, que Bicêtre et la Salpêtrière sont, à cet égard, dans la situation la plus défectueuse, situation qui jure au plus haut point avec leur fonction et qui est incompatible avec le traitement des maladies nerveuses et mentales; qu'après eux, Cochin et la Pitié sont les plus mal partagés, et il fait adopter cette idée que, concurremment, il y a lieu d'installer un *service de bains externes*. « Sur la rive gauche, notamment, où il existe huit hôpitaux ou hospices d'adultes, seul l'*hôpital de la Charité* donne des bains aux malades du dehors. » Afin d'éviter aux malheureux des déplacements pénibles, M. Bourneville trouve « utile d'organiser dans tous les hôpitaux où il n'en existe pas un service balnéaire et hydrothérapique qui serait un bienfait pour la population ouvrière... » En conséquence, dans sa séance du 20 décembre 1876 le Conseil adopte le vœu suivant:

1° Que l'administration présente au Conseil un projet de construction des services balnéaires et hydrothérapiques dans tous les hôpitaux où ces services sont insuffisants;

2° Qu'elle organise pour les malades du dehors *qui viennent aux consultations ou reçoivent des soins des médecins du Bureau de Bienfaisance un service balnéaire et hydrothérapique* (1).

A partir de ce moment se poursuit sans relâche l'élaboration d'une série de rapports étudiant cette double idée et en déterminant les modes de réalisation dans chaque établissement par ordre d'urgence, soit au Conseil municipal de Paris, soit au Conseil général de la Seine. Citons plus spécialement ceux qui visent:

A. La reconstruction du bâtiment des bains externes à l'hôpital Saint-Louis (2).
B. L'installation libérale des services du traitement externe dans la transformation du poste-caserne de la porte Saint-Ouen, en hôpital (Bichat) (3).
C. La construction d'un service balnéo-hydrothérapique à la Salpêtrière (5).
D. La reconstruction des bains de l'hôpital de Lourcine (4).
E. La reconstruction d'un service des bains et d'hydrothérapie à l'hôpital Laënnec (6).

(1) Voy. *Progrès médical*, 1877, n° 5, p. 87.
(2) Rapport présenté par M. Bourneville au nom de la 4e Commission. Conseil municipal, séance du 21 août 1877.
(3) Rapport présenté par M. Bourneville au nom de la 4e Commission. Conseil municipal, séance du 5 août 1880.
(4) Rapport présenté par M. Bourneville au nom de la 8e Commission. Conseil municipal, séance du 26 juillet 1882, n° 60.
(5) Rapport présenté par M. Bourneville au nom de la 8e Commission. Conseil municipal, séance du 5 juillet 1882, n° 52.
(6) Rapport présenté par M. Bourneville au nom de la 8e Commission. Conseil municipal, séance du 7 août 1882, n° 66.

Tous ces projets, et d'autres encore, adoptés par le Conseil, tiennent compte de l'impérieux besoin d'assurer, ou plutôt de compléter autant que possible le traitement à domicile, de remplir les indications de l'hygiène la plus élémentaire pour les pauvres ou les indigents, de diminuer la gravité et la contagion des maladies vénériennes. Nous le démontrerons plus tard.

Parallèlement, le *Progrès médical* signalait l'économie de ces réformes, leur but, leur plan, et démontrait l'utilité de leur immédiate exécution à Cochin (où « tout est à faire »), à Beaujon, à Lariboisière, à la Pitié (1). La Pitié, en particulier, desservant d'une façon à peu près complète les Ve et XIIIe arrondissements, il fallait, par le *service externe*, « éviter aux malades de cette région la nécessité d'aller à l'hôpital de la Charité (2) ». En même temps l'insuffisance du service des eaux dans les établissements hospitaliers est mise en évidence (3); puis on arrive aux Enfants-Assistés (4), à Lourcine, hôpital de syphilitiques, dépourvu de service convenable, où il est étrange qu'un service externe complet ne vienne pas faire concurrence au traitement coercitif de la police et rendant aux femmes, l'assistance libre, agréable, et non plus odieuse, combattre la vérole de la ville. Ces articles fourmillent d'indications propres à assurer des installations relativement peu coûteuses, commodes et discrètes (5), agréables et scientifiques autant qu'efficaces, et devant, en définitive, aboutir à désencombrer, par suite, à dégrever les services hospitaliers de l'Assistance publique (6).

Tant et si bien, qu'en juillet 1882 ces efforts étaient en partie déjà couronnés de succès. L'Administration avait agrandi, afin de remplacer l'ancien service des bains externes en ruines, les bains internes de Saint-Louis (7); le service balnéo-hydrothérapique de Saint-Antoine se trouvait en voie de construction (8). Cette année même étaient votés les rapports concernant Lourcine, la Salpêtrière, Laënnec, de sorte que, comme le dit le rapporteur, il ne restait plus à s'occuper que de la Pitié, Bicêtre, Beaujon, Cochin et peut-être Necker.

La même campagne, au Conseil général, réalisait dans son plein, à l'Asile clinique (Sainte-Anne), la solution du problème poursuivi. Sur la rive gauche de la Seine nous avons déjà signalé qu'un seul établissement possédait un service de bains externes. Or les médecins de l'asile Sainte-Anne s'étaient bénévolement et avec succès mis à assister, par une consultation externe, soit les malades ordinaires du dehors, soit les malades de la ville atteints d'affections nerveuses et mentales, et avaient obtenu les résultats les plus favorables de la balnéothérapie et de l'hydrothérapie empruntées au service commun de l'é-

(1) *Progrès médical* 1877, nos 16, 23, 24.
(2) *Progrès médical* 1877, n° 23, p. 450.
(3) *Progrès médical* 1877, n° 24.
(4) *Progrès médical* 1877, n° 28, p. 549.
(5) *Progrès médical* 1877, n° 28, p. 549.
(6) *Progrès médical* 1878, n° 17, p. 320.
(7) *Progrès médical* 1879, n° 9, p. 162.
(8) Rapport présenté par M. Bourneville au nom de la 8e Commission. Conseil municipal, séance du 6 août 1881, n° 70.
Rapport présenté par M. Levraud au nom de la 8e Commission. Conseil municipal, séance du 11 décembre 1880, n° 185.

tablissement dans des conditions difficiles (1); semblable création s'imposait donc, tant au point de vue hygiénique que dans un but de thérapeutique générale et spéciale. Enfin elle rendait possible, comme le constate une note de M. Magnan, le maintien chez eux d'un certain nombre d'aliénés (2) (*assistance à domicile des aliénés*) et apportait par là des économies au service départemental. C'est le 1er septembre 1882 que le *double service externe* fonctionna comme organe indépendant, bien séparé, comme nouvel annexe, de l'asile, sous la direction du médecin adjoint (3) et que l'on commença à y administrer bains ordinaires ou médicamenteux, douches diverses, etc...: 1° aux indigents des bureaux de bienfaisance des XIIIe et XIVe arrondissements; 2° aux malades externes allant aux consultations de l'asile; 3° aux enfants des écoles des mêmes arrondissements; 4° aux malades externes qui vont à la consultation de Cochin (4). Il n'a depuis cessé d'agir.

C'est ainsi qu'il convient de remettre les choses en leur place. Nous avons pris soin de noter, en passant, l'esprit du système, les idées générales qui ont présidé à son ensemble, et les particularités plus en rapport avec chaque établissement hospitalier afin de conserver aux documents leur saveur. Malgré cela, il nous semble opportun, dans un prochain article, d'exposer les vues dogmatiques et pratiques qui militent en faveur de son expansion, ses avantages, ses inconvénients, son organisation technique et administrative, et d'examiner à fond les arguments qu'on peut diriger contre lui.

P. Kéraval.

Faculté de médecine: Cours de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à Saint-Louis. M. le Pr A. Fournier.

M. le professeur Fournier a ouvert ses cours d'été vendredi dernier (20 avril), devant un nombreux auditoire composé de médecins des hôpitaux, de ses anciens élèves, et d'une série d'étudiants qui semblent pressentir que dans peu de temps l'Ecole tiendra grand compte des articles récemment votés par l'Académie de médecine lors de la discussion de la syphilis.

M. Fournier a l'intention de s'occuper spécialement du traitement de la syphilis dans ses cours du vendredi. Il fait remarquer, avec juste raison, qu'on aurait grand tort de négliger de traiter cette maladie, quelque bénigne qu'elle paraisse au début, car la bénignité de la période secondaire n'est pas une garantie pour l'avenir. En effet, si l'on s'en rapporte aux faits de syphilis cérébrale, on voit que ceux-ci ont été observés 17 fois à la suite d'accidents secondaires d'une bénignité extrême, 54 fois à la suite d'accidents bénins au début, 27 fois à la suite d'accidents secondaires d'une moyenne intensité et enfin 7 fois à la suite d'accidents graves à la période secondaire. Aussi ne faut-il pas négliger d'employer tous les moyens qui sont à notre disposition pour lutter dès le début contre une affection qui peut avoir des conséquences aussi graves dans l'avenir, non seulement pour les malades, mais pour la société entière. Ces leçons auront lieu à l'amphithéâtre, tous les vendredis; le professeur consacrera à l'examen des malades le cours du mardi. Le jeudi, M. Darier, chef du laboratoire, continuera à enseigner aux élèves l'étude anatomique et pathologique de la peau.

(1) Rapports présentés par M. Bourneville au nom de la 3e Commission du Conseil général sur les services des aliénés et les budgets et comptes de l'Asile Sainte-Anne, 1878 (séance du 16 février 1878, p. 10; 1878, séance du 20 novembre 1878, p: 13; 1879, rapport sur le budget de 1880; 1880, rapport sur le budget de 1881, p. 32).

(2) Id. année 1879.

(3) Id. année 1881 (Rapport sur le budget de 1882, p. 56. — Année 1882 (pour budget 1883), p. 52.

(4) Id. année 1882 (budget 1883), p. 68.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 avril 1888. — Présidence de M. Janssen.

MM. Straus et Sanchez Toledo annoncent les résultats de leurs *recherches bactériologiques sur l'utérus après la parturition physiologique*. Ces recherches ont été faites sur des lapines, sur des femelles de cobayes, de souris et de rats. Elles ont montré que, chez ces animaux, après la parturition physiologique, la paroi utérine ainsi que la sécrétion qui y est contenue ne renferme pas de micro-organismes. Les nombreux germes que contiennent les premières voies génitales ne pénètrent donc pas à l'intérieur de l'utérus, ou, s'ils y pénètrent, ils y sont rapidement détruits. Ces faits expérimentaux, observés chez les femelles des animaux, trouvent leurs analogues dans des recherches faites récemment par M. Döderlein sur les lochies des femmes en couches. Il constata que ces lochies, prises avec pureté dans l'utérus chez les accouchées ne présentant pas de fièvre, ne renfermaient pas de bactéries et pouvaient être inoculées sans effet appréciable sous la peau des animaux; tandis que les lochies des femmes fébricitantes contenaient des microbes et provoquaient des accidents chez les animaux auxquels on les injectait. — D'autre part, MM. Straus et Sanchez Toledo ont constaté que l'on peut impunément introduire, dans la cavité utérine de femelles qui viennent de mettre bas, des quantités énormes de microbes éminemment pathogènes pour ces animaux, sans provoquer aucune infection. Un seul micro-organisme a fait exception: c'est celui du choléra des poules; mais on sait combien le lapin est sensible à son action et avec quelle facilité il s'infecte par toutes les voies naturelles, par le tube digestif notamment. MM. Straus et Sanchez Toledo n'essaient pas d'expliquer, pour le moment, cette singulière résistance de la plaie utérine après la parturition chez ces animaux, résistance qui contraste avec la vulnérabilité si grande que présente cette même plaie utérine à l'égard des microbes pathogènes chez la femme en couches.

M. V. Galtier rapporte de *nouvelles expériences sur l'inoculation antirabique faites en vue de préserver les animaux herbivores de la rage à la suite des morsures de chiens enragés*. D'anciennes expériences avaient démontré à M. Galtier que l'injection de virus rabique dans les veines du mouton et de la chèvre ne donne pas la maladie à ces animaux, qu'elle leur confère au contraire l'immunité contre les effets du virus introduit postérieurement ou simultanément, ou quelques instants auparavant, par un procédé d'inoculation (piqûres, scarifications hypodermiques), réalisant les morsures de chiens enragés. Les nouvelles recherches de M. Galtier, faites depuis un an sur des moutons, démontrent que l'injection intra-veineuse de virus rabique, pratiquée quelques heures ou même un jour complet après l'inoculation ou la morsure qui devait donner la rage, préserve à coup sûr les animaux. On peut donc empêcher de devenir enragés les animaux mordus depuis un jour, en leur pratiquant successivement, à quelques heures ou à un jour d'intervalle, deux injections intraveineuses de virus rabique provenant de l'animal qui a fait les morsures ou de tout autre. Abattre le chien qui a mordu les animaux d'un troupeau de moutons ou de bœufs, extraire son bulbe, en faire une émulsion et s'en servir pour pratiquer des injections intra-veineuses à tous les sujets mordus, telle est la conduite qui s'impose désormais en vue de diminuer les pertes de l'éleveur et les dangers de

transmission par les mordus qui pourraient devenir enragés dans la suite.

M. Tscherning étudie, au moyen des images de Purkinje, la *position du cristallin de l'œil humain*; sauf de rares exceptions, l'axe du cristallin ne coïncide jamais avec la ligne visuelle. La déviation principale est telle qu'elle serait si le cristallin avait subi une rotation autour d'un axe vertical, le côté externe en arrière. Mais souvent l'axe du cristallin ne se trouve pas non plus dans le même plan horizontal que la ligne visuelle : la partie supérieure est fréquemment penchée en avant.

M. Oscar Liebreich décrit la *fonction biologique des éthers cholestériques nommés lanoline* chez tous les animaux, le revêtement cutané exposé au contact de l'atmosphère est imbibé par cette lanoline, laquelle jouerait ainsi le même rôle que la cire à la surface des plantes. Cette substance, qui se trouve à l'état normal dans la peau, provient des tissus kératinisés : aussi s'imbibe-t-elle facilement; son absence est peut-être la cause des affections provenant des micro-organismes.

M. H. Fol étudie la *répartition du tissu musculaire strié chez les divers Invertébrés.*

M. A. Giard signale un *nouveau genre de champignons parasites du rein des Ascidies.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 21 avril 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Brown-Séquard a observé des phénomènes de catalepsie chez des pigeons auxquels il frictionnait brusquement le cou. Lorsque la friction est faite, la rigidité a lieu du côté opposé à celui par où commence la friction.

Considérant que le système nerveux jouait un rôle important dans l'apparition des phénomènes rabiques, puisque le plus souvent il y avait une sorte d'aura primitive partant de la morsure pour aller aux centres, M. Brown-Séquard avait frictionné les nerfs intermédiaires. Il pensait arrêter ainsi la marche de ces phénomènes, mais il a reconnu que les animaux ainsi opérés mouraient plus vite que ceux qu'on laissait indemnes de toute opération.

M. de Varigny ayant examiné les pulsations aortiques chez un homme privé de sternum, a vu que ces pulsations étaient identiques à celles observées par MM. Chauveau et Marey sur les animaux.

MM. H. Martin et Ledoux-Lebard ont déterminé la tuberculose du foie en injectant dans les veines de l'oreille du lapin des bacilles tuberculeux.

M. Dastre présente une chienne à laquelle, il y a trois mois, il a pratiqué une fistule biliaire. Grâce au procédé qu'il a employé, la canule est restée en place, alors qu'elle tombe d'ordinaire vers le 20e jour, et l'on a pu ainsi obtenir des résultats qui seront communiqués ultérieurement.

M. Gley remet une note de M. Legrain sur la *septicémie gangréneuse des grenouilles.*—M. Pouchet lit une note de M. Tourneux (de Lille) sur la *participation des canaux du corps de Wollf à la formation du vagin chez le cheval*; de M. Curtis sur les *modifications de structure que subissent les parois artérielles à l'origine des collatérales*; M. Quinquaud remet une note de M. Œchsner de Coninck sur l'*action de la pyridine chez les asthmatiques et sur les voies d'élimination de cette substance.*

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 avril 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Potain fait une communication sur *les injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumo-thorax*, qu'il résume ainsi : 1° il est possible d'évacuer complètement le liquide des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax à la condition d'y substituer de l'air stérilisé; 2° l'air débarrassé de tout germe par la filtration à travers l'ouate est dépourvu de toute action nuisible et ne provoque aucune altération des liquides pleuraux; 3° cette pratique supprime les dangers graves qui résultent de la présence d'une grande quantité de liquide dans la cavité pleurale ou de l'évacuation rapide d'un grand épanchement ; 4° elle permet, d'autre part, d'éviter les inconvénients sérieux de ponctions fréquemment renouvelées, et ménage aux poumons la possibilité d'une distension lente et progressive; 5° elle semble enfin, en laissant d'abord pendant longtemps le poumon malade dans le repos et l'inactivité, favoriser la cicatrisation et la guérison des lésions tuberculeuses.

M. Landolt fait une communication sur les *réformes à apporter dans le traitement de strabisme.* M. Landolt conseille de tenter d'abord le traitement orthoptique par les moyens connus : ces moyens sont, pour le strabisme convergent, le repos des yeux, la paralysie de l'accommodation, l'emploi de verres convexes; pour le strabisme divergent, l'instigation à l'accommodation et à la convergence, et surtout les exercices stéréoscopiques. Il ne faudra recourir à l'opération que lorsque les moyens orthoptiques auront échoué. Dans tous les cas, il conviendra, après l'opération, de reprendre les exercices orthoptiques pour arriver à rétablir la vision binoculaire.

M. Larat communique une note sur *la polarisation des tissus animaux.* Récemment, M. Danion a cherché à démontrer que les courants de polarisation déterminés dans le corps humain par le passage au travers des tissus d'un courant voltaïque n'existent pas. Cette démonstration est vivement combattue par M. Larat, lequel s'appuie sur l'expérimentation pour prouver l'existence des courants de polarisation.

Elections. — L'Académie se constitue en comité secret, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Albert Robin sur les candidats à la place vacante dans la section de physique et de chimie. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. d'Arsonval ; en deuxième ligne, M. Riban; en troisième ligne et *ex æquo*, MM. Hanriot, Hardy, Pouchet et Quinquaud. A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Suite de la discussion sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen.

M. Lefort pense qu'il faut distinguer dans les plaies de l'abdomen plusieurs cas, suivant le point où se fait la pénétration des parties atteintes. Dans une première série de faits, il y a lésion de la partie supérieure de l'abdomen, autrement dit de la région stomacale. Dans ces faits, la gravité est bien moins considérable. Il cite le cas d'un garçon de 11 ans qui présenta une plaie de l'estomac par coup de couteau, à qui on donna de l'opium, après avoir fait la suture sèche de la paroi abdominale, et qui guérit rapidement. Un élève de M. Lefort a fait sa thèse sur les plaies pénétrantes de l'estomac en général et a montré par des statistiques que les lésions de cet organe étaient moins à redouter que celles de l'intestin. Dans 88 cas, il y a eu 75 fois guérisons et 52 fois le succès a été noté sans intervention chirurgicale d'aucune sorte. Certains auteurs ont fait des expériences sur le cadavre et étudié les plaies de l'intestin produites par des coups d'épées dans l'abdomen. On a conclu de ces recherches que pour la région us-ombilicale l'intestin était blessé 37,05 fois sur 100 coups d'épées ; aux environs de l'ombilic, 16 fois sur 100 ; pour la région sous-ombilicale, toujours on a constaté des blessures de l'intestin. Ceci prouve une fois de plus qu'une plaie pénétrante de la région stomacale, quelle soit due à un coup de couteau ou bien à un coup de feu (balles de fusil ou de revolver) st bien moins grave qu'une plaie analogue dans la région hypogastrique. M. Lefort montre en outre que, dans les plaies par armes à feu, il faut bien distinguer les cas suivant la nature des projectiles (balles sphériques ou cylindro-coniques, balles de revolver, etc.). — Il conclut ainsi : La non intervention doit être la règle pour les plaies pénétrantes de l'ab-

domem, à moins d'accidents péritonéaux. Il n'admet donc pas la laparotomie exploratrice, mais accepte avec empressement la laparotomie curative, celle qu'on doit pratiquer dès qu'il y a réaction de la séreuse abdominale.

M. MARC SÉE fait remarquer à M. Lefort que les statistiques qu'il rapporte ont trait exclusivement à des cas de plaies pénétrantes de l'abdomen à la suite de coups de couteau et non pas à la suite de blessures par armes à feu. Il sort donc de la question.

M. LEFORT pense qu'il ne s'écarte pas tant que cela du sujet en discussion. Il est convaincu qu'il y a beaucoup d'analogie entre les plaies par armes tranchantes et celles dues à des projectiles de petit calibre.

M. BERGER est de l'avis de M. Lefort en ce qui concerne ce dernier point, et croit qu'il n'y a aucun intérêt à séparer l'histoire de ces deux sortes de plaies, au point de vue surtout de l'intervention chirurgicale consécutive. Avec la plupart de ses collègues de la Société, il admet l'intervention quand il y a des accidents péritonéaux; mais, comme M. Lefort, il ne peut admettre la laparotomie exploratrice. Cette opération constitue un principe chirurgical nouveau qu'il croit utile de discuter à fond, car il s'agit là d'une question de tendance. On est trop disposé à intervenir, alors même qu'il n'y a pas d'accidents péritonéaux. Pourquoi veut-on opérer dans ces cas là? Par ce que, dit-on, la gravité du cas est excessive, par ce qu'il n'y a aucun espoir de guérison si l'intestin est atteint. D'autre part, on agit chirurgicalement par ce qu'on est certain de l'innocuité et de l'efficacité de l'intervention pour rechercher les lésions à réparer. M. Berger n'admet pas ces deux propositions qui sont les deux principaux articles de foi des *chirurgiens explorateurs à outrance*. Pour lui, en effet: 1° il y a des cas authentiques de guérison, non seulement pour les plaies de l'estomac, mais aussi pour celles de l'intestin grêle, sans intervention chirurgicale. Il lui paraît téméraire de nier constamment ces cas de guérison et de les révoquer en doute, sous prétexte qu'on ne sait jamais si, pour ces cas guéris, il y a eu oui ou non plaie de l'intestin. Il est téméraire de fonder sur une affirmation pareille une thérapeutique nouvelle et hasardée. Il ne cache pas que si cette guérison lui semble possible, il en ignore absolument le mécanisme intime. 2° Une laparotomie faite pour une plaie de l'abdomen est bien plus *complexe* qu'une laparotomie exploratrice ordinaire. Il faut passer en revue la masse intestinale du cardia au pylore et ce n'est pas chose très-aisée. Cette opération demande l'attention la plus soutenue, lui paraît grave et moins innocente que certains se plaisent à le répéter. En tous cas, il est bien curieux de constater qu'en France cette laparotomie n'a encore donné aucun cas de guérison. — En résumé, sauf dans des cas bien déterminés par l'apparition des accidents péritonéaux, M. Berger rejette la laparotomie.

La discussion sur le traitement des plaies de l'abdomen est déclarée close.

M. LEFORT montre des *fractures multiples du bassin* chez un homme qui, après l'accident, put sauter et marcher avec assez de facilité, pendant assez longtemps.

M. BERGER montre un malade auquel il a fait une *amputation ostéoplastique* par le procédé de Lefort pour une tumeur blanche du pied. Il a enfoncé dans le tibia une cheville d'os de veau aseptique à travers le calcanéum. Guérison parfaite. Il a répété deux autres fois la même opération.

M. BRUN montre des pièces anatomiques provenant d'une *résection phalango-phalangettienne* pour orteil en marteau (opération de Terrier).

Election. — L'élection pour la nomination d'un membre titulaire de la Société de Chirurgie a donné les résultats suivants au deuxième tour de scrutin: M. PRENGRUEBER est élu par 19 voix sur 32 votants. M. Routier a obtenu 12 voix; il était classé en 2e ligne. En 3e ligne venaient MM. Brun, Delorme et Jalaguier, par ordre alphabétique. MARCEL BAUDOUIN.

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr MOREL est nommé médecin du lycée du Puy, en remplacement de M. le Dr Vibert, décédé. — M. le Dr GARAUD est nommé médecin-adjoint au lycée de Saint-Etienne, en remplacement de M. le Dr Couturier, appelé à d'autres fonctions.

REVUE DES MALADIES DU FOIE
ET DU TUBE DIGESTIF

I. **La goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins**; par le Dr ROBSON ROOSE, traduit de l'anglais par le Dr LUCIEN DENIAU. — Doin, édit., 1887.

II. **Recherches sur la dyspepsie iléo-cæcale**; par BACHELET.— J.-B. Baillière, 1885.

I. L'objet de ce petit livre, dit l'auteur, est de soumettre au corps médical mes vues sur la nature de la goutte et plus spécialement sur les rapports ou les désordres du foie et des reins, que, suivant mon expérience, elle affecte très fréquemment. Entrant alors de plein pied dans son sujet, il commence par définir une diathèse, une tendance morbide générale en vertu de laquelle un individu se trouve affecté de plusieurs maladies locales de nature similaire. Trois théories principales sont encore en présence en ce qui concerne la nature et l'origine de la goutte. Suivant la première, la goutte résulte de troubles digestifs accumulant dans le sang certains éléments morbides générés en grande partie dans l'estomac et dans le duodénum; ces éléments se combineraient dans le sang avec certains matériaux de la bile accumulés dans la masse sanguine par l'insuffisance fonctionnelle. La seconde théorie admet également l'existence d'un état d'impureté du sang, mais elle l'attribue principalement à un trouble de la fonction rénale (Garrod). La troisième théorie (Cullen) admet un trouble du système nerveux qui serait le point de départ de la goutte aiguë. Ce qui est évident, c'est que l'excès d'acide urique dans le sang est la modification la plus caractéristique et la plus manifeste que produise la goutte. Suit alors un tableau très complet des altérations anatomiques de la goutte; mais la source et l'origine de l'acide urique, même à l'état normal, soulèvent un point de physiologie reconnue universellement comme étant un des plus obscurs.

La goutte est-elle due principalement à la rétention de l'acide urique dans l'économie, ou sa cause première gît-elle dans une augmentation dans la production de cette substance, comme résultant d'une suboxydation des tissus organiques ou de quelque autre cause: après examen des théories, l'auteur est d'avis que celle de la rétention reste une pure hypothèse et ne saurait être acceptée qu'à défaut d'une autre plus satisfaisante. Pour lui, les dépôts d'urate de soude dans les jointures, qui sont la cause des accès aigus de l'inflammation goutteuse, sont le fruit d'une transformation imparfaite des substances albuminoïdes. La cause de cette imperfection est en grande partie due au trouble fonctionnel de la glande hépatique, soit par suppléance excessive des matériaux nutritifs, soit à un ensemble de ces causes diverses. Les symptômes nerveux de la goutte sont imputables à l'action de la *materia peccans* sur les centres nerveux.

Suit un chapitre très intéressant sur les causes prédisposantes: l'hérédité, la distribution géographique, l'influence du sexe, de l'âge, du climat, des saisons, etc., etc., et surtout sur l'influence de l'alimentation. A ce propos, l'auteur se livre à des considérations du plus grand intérêt, et par la seule énumération des erreurs diététiques montre implicitement le traitement rationnel de cette maladie. Nous ne ferons que mentionner le chapitre dans lequel se trouve admirablement exposé le tableau complet des accidents si divers et si nombreux de la goutte, et nous arrivons ensuite à l'étude des troubles hépatiques et rénaux qui sont la base de ce petit ouvrage. L'espace nous manque pour suivre l'auteur dans l'étude successive des lésions hépatiques: en première ligne, il signale la cirrhose vulgaire. Quand, dit-il, la congestion excède fréquemment sa limite normale, que la cause soit l'alcool ou une autre substance alimentaire de nature irritante, elle peut devenir aisément le point de départ d'une altération histologique de l'organe. Il ne semble donc pas absolument improbable que, de même que la goutte peut résulter d'un excédent d'aliments avec ou sans excès d'alcool, de même la cirrhose hépati-

que puisse quelquefois reconnaître une cause originelle analogue.

Passant ensuite à l'étude des désordres rénaux, nous voyons que pour l'auteur, l'albuminurie n'est pas toujours liée à une lésion du tissu rénal, que ce n'est qu'une exagération de l'albuminurie fonctionnelle qui suit souvent l'absorption d'un excès de substances albuminoïdes. La cirrhose rénale (Garrod-Charcot), la cystite, le diabète, sont d'autres affections du cours de la diathèse goutteuse. Nous ne pouvons que signaler le chapitre très intéressant et très bien fait du traitement et nous y renvoyons le lecteur.

II. L'auteur médite un travail qui sera publié plus tard et qui portera le titre suivant : *La vie séculaire, ses conditions, ses voies et moyens*. Les recherches sur la dyspepsie forment une très courte partie de ce long travail. Il vise à remanier l'hygiène de la digestion en modifiant complètement notre façon de vivre. Après une série d'excellents préceptes imbus du plus pur bon sens dans lesquels il touche à la cuisine, à nos habitudes, à nos faiblesses, etc., il dit que les auteurs croient l'œuvre de la digestion terminée quand les matières alimentaires ont franchi la valvule iléo-cœcale. Telle n'est pas son opinion. Pour certains aliments, l'œuvre principale de la digestion commence précisément autour de cette valvule.

Ce petit traité comprend les subdivisions classiques. Cependant, avant d'aborder les paragraphes : Etiologie. Symptomatologie. Diagnostic, etc, l'auteur consacre deux chapitres, l'un à la pathologie générale de la dyspepsie, et l'autre à la physiologie de la digestion. Dans le premier il prend à cœur de montrer combien on se trompe en mettant sur le compte de l'estomac nombre de sensations pénibles : J'ai la conviction, dit-il, que la plupart des sensations morbides localisées dans l'estomac ont bien loin de celui-ci un siège très différent. En effet, le gros intestin recouvre à peu près complètement l'estomac vide ; or, celui-ci étant toujours vide, excepté pendant les deux heures qui suivent chaque repas, il en résulte que seize ou dix-huit heures sur vingt-quatre, il est relégué en arrière et sur un second plan. D'ailleurs, plus loin dans son livre, l'auteur se vante de replacer l'estomac à un rang tout à fait secondaire, car on a eu le tort immense de s'en préoccuper beaucoup trop.

Quelle est la nature de cette dyspepsie iléo-cœcale ? C'est un désordre fonctionnel sans lésion appréciable de la texture organique de la muqueuse, une altération de la sensibilité sans destruction de la trame nerveuse. Il y a deux formes à la maladie ; elle est tantôt aiguë, c'est l'embarras gastrique, qui n'est, il faut bien l'observer, qu'une réaction sur l'estomac d'une lésion siégeant dans le gros intestin ; elle est tantôt — et le plus souvent — chronique. Le chapitre qui traite de la physiologie de la digestion est bien fait, nettement exposé, sans longueurs ni formules chimiques fastidieuses, et résume sous une forme facile les grandes lignes de ce point de physiologie si difficile, si contestée et encore si incertaine. Nous y renvoyons le lecteur dont la mémoire se rafraîchira agréablement en parcourant ces quelques pages. Nous ne pouvons insister non plus sur le très long chapitre que l'auteur consacre au traitement. « La difficulté du traitement, dit-il, provient de son extrême simplicité », ce qui nous fait déjà prévoir qu'il répudie tout l'arsenal pharmaceutique depuis les toniques jusqu'à la pepsine. Il ne laisse de place qu'à la thérapeutique thermale et à l'alimentation raisonnée. Suit une collection d'observations dont quelques-unes fort intéressantes. En somme, c'est un petit traité bien fait, conçu par un esprit original, et d'une exécution agréable.

D. AIGRE.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — La Société se réunira, en séance ordinaire, le lundi 30 avril, à 4 heures précises, rue de l'Abbaye, 3. — *Ordre du jour* : 1° Rapport sur le prix Esquirol : M. ROUILLARD ; 2° Rapport sur le prix Moreau (de Tours) : M. CHASLIN ; 3° Rapport sur le prix Aubanel : M. SÉGLAS ; 4° Du délire chronique (*suite*) : MM. BALL, PICHON. — Banquet à 7 heures, au Grand Véfour, au Palais-Royal.

BIBLIOGRAPHIE

Les dangers de l'hypnotisme ; par le Dr VERNEUIL.

L'observation dont il s'agit est celle d'une jeune fille de 16 à 17 ans, Mlle X..., près de laquelle l'auteur fut appelé au mois de novembre dernier. Cette jeune fille avait été prise d'une crise de pleurs, accompagnée de cris, gesticulations, paroles incohérentes, qui s'était terminée par un état de sommeil, avec résolution complète des membres, durant depuis 40 minutes. Le médecin apprit, en outre, que depuis une quinzaine de jours son caractère s'était modifié ; et enfin il découvrit que quelque temps auparavant elle avait été endormie par un étudiant en médecine, qui hypnotisait d'habitude une de ses amies, Mlle Z... La première fois, l'opérateur n'avait pu endormir Mlle X... ; ce n'est qu'à la seconde séance qu'il put réussir. La malade fut retirée de son état de sommeil par le Dr Verneuil, en soufflant sur les globes oculaires. Quelques instants après, le sommeil reprit et l'auteur y mit fin de la même façon. Une crise se produisit à la suite de la visite de son amie, Mlle Z...

A de nouvelles reprises, la malade fut replongée dans l'état de léthargie, une fois pendant 60 heures ; elle se réveillait de temps en temps pour prendre des aliments, et gardait alors une hémianesthésie du côté droit. La guérison persista huit jours, puis la malade fut prise d'hématémèses, de dyspnée, phénomènes qui disparurent à la suite de l'administration de bromure de potassium. L'auteur voit là des conséquences directes de l'hypnotisme, qui a déclaré, chez une jeune fille n'ayant jusque-là présenté aucun accident d'hystérie, tous les phénomènes que nous avons relatés. Aussi se range-t-il à l'avis des nombreux médecins qui ont réclamé, à juste titre, l'interdiction des manœuvres hypnotiques, en dehors de l'enseignement médical et de la thérapeutique (1). — *La Clinique de Bruxelles* (1er mars 1888).

A. RAOULT.

Ovariotomie pratiquée à Condé-sur-Noireau (Calvados), le 15 septembre 1847.— *Année médicale de Caen*, janv. 1888.

Quel est le chirurgien qui le premier en France a fait l'ablation de l'ovaire ? Les uns disent que ce fut Laumonier (de Lisieux), qui, le 30 juillet 1749, en ouvrant un abcès pelvien, trouva par hasard un ovaire malade et l'enleva. La malade guérit. Mais il paraît que ce fut un autre normand, le Dr Vaulegeard (de Condé-sur-Noireau, Calvados) qui, le 15 septembre 1847, le premier en France, extirpa cet organe atteint de kyste dans un but arrêté, réfléchi et discuté. (On sait que l'ovariotomie, pratiquée dès 1810 en Amérique, avait été condamnée en 1845, par Velpeau). L'observation en a été publiée *in extenso* dans le *Journal des Connaissances médico-chirurgicales* de juin 1848 avec cette note : « M. le Dr Vaulegeard vient de montrer qu'aux chefs de service des hôpitaux de Paris n'appartient pas exclusivement l'initiative des hautes opérations. »

M. B.

VARIA

Rapport sur l'inspection générale des services de l'hygiène publique.

Monsieur le Président,

Le département du commerce et de l'industrie poursuit, en mettant en œuvre toutes les ressources dont il dispose, l'amélioration et l'extension des services de l'hygiène publique qui lui sont confiés depuis longtemps et qui intéressent à un si haut degré les conditions d'existence des populations laborieuses.

La réorganisation du Comité consultatif d'hygiène publique de France, opérée en 1884, la création d'un Comité de direction des services de l'hygiène, l'envoi des délégués sanitaires sur les points du territoire de la République atteints ou menacés

(1) Un de nos amis nous a raconté que dans un service d'enfant, une fillette de 12 ans, entrée l'an dernier pour de l'incontinence d'urine, fut traitée par l'hypnotisme, afin d'essayer de la suggestion pour guérir cette infirmité. Deux ou trois heures après la seconde séance, l'enfant fut prise d'une violente attaque d'hystérie ; elle n'avait, paraît-il, jamais présenté d'attaques semblables auparavant.

par des épidémies, l'installation d'étuves à désinfection dans nos grands ports, l'organisation d'un service mobile d'étuves à désinfection, etc., etc., constituent autant de mesures dont on ne saurait contester l'importance et l'utilité.

J'ai l'honneur d'appeler aujourd'hui votre haute attention sur une mesure qui me paraît devoir renforcer le service d'hygiène en attendant qu'une loi nouvelle fournisse au Gouvernement les moyens qui lui font défaut dans la législation actuelle. Les récentes acquisitions de la science ont prouvé la nécessité qu'il y a, dans l'intérêt de la santé publique et afin d'arrêter la propagation des maladies épidémiques, à ce que l'Administration puisse dès le début prendre toutes les mesures de préservation que peut commander la situation.

Or, dans l'état actuel et malgré la bonne volonté des préfectures, l'Administration centrale est très insuffisamment renseignée sur les conditions sanitaires des diverses parties de la France.

Le Comité de direction des services de l'hygiène, institué auprès de mon département, a pensé que l'on pourrait arriver à combler cette lacune en faisant appel au concours éclairé de MM. les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine. J'ai reconnu moi-même, Monsieur le Président, que ces professeurs étaient en effet tout désignés par leur compétence et leur autorité pour remplir les fonctions d'inspecteurs régionaux de l'hygiène publique. Tenus par leurs relations et leurs études au courant de tout ce qui intéresse la santé générale du pays, ils pourront donner aux médecins des épidémies des instructions précises en vue d'arrêter par des mesures prophylactiques le développement des maladies épidémiques et concentrer, pour en faire l'objet de rapports circonstanciés adressés au ministre, tous les renseignements relatifs à la salubrité et à l'état sanitaire de leur circonscription. Leurs laboratoires pourront d'ailleurs servir à préciser complètement le caractère de certaines épidémies dont la nature est souvent obscure lors de leur première apparition.

Cette innovation serait réalisée sans imposer aucune charge nouvelle au Trésor, la dépense des allocations à attribuer à ces inspecteurs régionaux pour leurs frais de déplacement pouvant, comme je m'en suis assuré, être prélevée sur les crédits inscrits au budget de mon département pour le personnel du service sanitaire.

M. le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts a reconnu de son côté que le département du commerce et de l'industrie pourrait être puissamment secondé dans son œuvre par les professeurs d'hygiène des Facultés, et il a bien voulu consentir à les mettre à ma disposition.

J'ai, en conséquence, l'honneur de soumettre à votre signature un projet de décret ayant pour but de confier les fonctions d'inspecteurs régionaux de l'hygiène aux professeurs d'hygiène des Facultés de médecine des départements, en laissant, bien entendu, hors de leur sphère d'action, ce qui concerne le service des lazarets et des quarantaines.

Quant à la circonscription de la Faculté de médecine de Paris, le professeur d'hygiène est M. le Dr Proust, inspecteur général du service sanitaire. Il n'a point paru nécessaire de lui confier à nouveau, et pour une partie des départements, une attribution qu'il tient de ses fonctions actuelles pour tout le territoire de la République.

Dans le cas où ces doubles fonctions ne seraient plus réunies dans la même personne, le professeur d'hygiène de la Faculté de Paris pourrait être investi, comme ses collègues des départements, des fonctions d'inspecteur régional.

Je ne doute pas, Monsieur le Président, que vous ne reconnaissiez avec moi l'utilité de la mesure que j'ai l'honneur de vous proposer ; elle aura le double avantage d'assurer à l'administration sanitaire la collaboration de professeurs intelligents et dévoués, et de fournir à ces professeurs de précieuses indications pour l'enseignement qu'ils sont chargés de donner à leurs élèves.

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect. — Le ministre du commerce et de l'industrie.

Pierre LEGRAND.

Le Président de la République française, sur le rapport du ministre du commerce et de l'industrie, — Vu l'avis du comité de direction des services de l'hygiène institué par le décret du 30 septembre 1884 ; — Vu la lettre de M. le Ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en date du 13 avril 1888, Décrète :

Art. 1er. — Les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine des départements remplissent, sous l'autorité du ministre du commerce et de l'industrie, les fonctions d'inspecteurs régionaux des services de l'hygiène publique, chacun dans la circonscription territoriale de la Faculté à laquelle il est attaché. Il correspond avec le médecin des épidémies et avec le conseil d'hygiène publique et de salubrité de cette circonscription.

Art. 2. — Des arrêtés du ministre du commerce et de l'industrie pourvoient aux mesures de détail nécessitées par le présent décret.

Art. 3. — Le ministre du commerce et de l'industrie est chargé de l'exécution du présent décret qui sera publié au *Journal officiel* et inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 23 avril 1888. CARNOT.

Par le Président de la République :

Le ministre du commerce et de l'industrie,

Pierre LEGRAND.

Congrès médical et pharmaceutique de Barcelone. — Réglement général du Congrès.

Il y a actuellement à Barcelone une Exposition internationale. Les médecins de cette ville en profitent pour organiser un Congrès médical et pharmaceutique. Nous donnons ci-dessous les documents relatifs au règlement de ce Congrès. (M. B.).

Organisation. — ARTICLE 1. Du 9 au 15 de Septembre prochain il y aura à Barcelone deux Congrès : l'un Médical et l'autre Pharmaceutique, dont le but sera l'étude de questions importantes de la Science. ART. 2. Le 9 Septembre, à midi, les membres inscrits des deux Congrès se réuniront en séance publique et solennelle pour inaugurer les travaux. La séance publique terminée, les membres de chaque Congrès se réuniront en séance privée pour élire les bureaux du Congrès et des Sections ; chacun desquels fixera l'ordre du jour pour les séances du lendemain. ART. 3. Le nombre des séances du Congrès Médical sera de six et les matières dont il s'occupera seront divisées en quatre sections, savoir : Section des Thèmes généraux à traiter par le Congrès entier ; Section de Médecine, Section de Chirurgie et Section d'Hygiène et Démographie. ART. 4. Le nombre des séances du Congrès pharmaceutique sera également de 6 et les matières dont on traitera seront aussi groupées en quatre Sections, savoir : Section des Questions générales à traiter par le Congrès entier, Section de Pharmacologie, Section de Pharmacie pratique et Section de Chimie. ART. 5. Le bureau de chacun des deux Congrès se composera : de Présidents honoraires que MM. les membres voudront proposer à pluralité de votes, d'un Président effectif, de deux Vice-présidents et de quatre Secrétaires. ART. 6. Les bureaux des Sections seront élus respectivement par les membres inscrits dans chacune d'elles et se composeront : d'un Président, deux Vice-présidents et deux Secrétaires.

Séances. — ART. 7. Les séances des Sections auront lieu avant-midi, de neuf heures à midi, et les séances plénières l'après-midi, de quatre heures à sept heures, sans préjudice de prolonger les unes ou les autres jusqu'à l'épuisement de l'ordre du jour, si le Président et les membres conviennent d'en agir ainsi. ART. 8. Les séances seront limitées à la lecture du procès-verbal de la séance antérieure, la lecture des documents officiels adressés au bureau, l'exposé et la discussion des Mémoires et communications orales énumérées dans l'ordre du jour. ART. 9. On ne tiendra compte au Congrès d'aucun travail scientifique publié déjà antérieurement et l'on ne discutera pas d'autres thèmes dans les séances que ceux fixés dans l'ordre du jour.

Travaux. — ART. 10. La langue officielle sera l'espagnole mais les communications verbales pourront être faites dans toute autre langue néo-latine et les mémoires pourront être écrits dans une langue quelconque, à condition que l'auteur en présente un résumé avec les conclusions. ART. 11. On n'accordera que quinze minutes pour la lecture d'un mémoire ou pour faire une communication verbale et cinq minutes pour les objections, répliques et rectifications aux membres qui le solliciteront, personne ne pouvant parler plus d'une fois sur le même sujet. Si l'on présentait un travail d'une importance toute exceptionnelle dont l'exposé exigeât plus de temps, le Président, d'accord avec le Congrès, pourra concéder le temps qu'il estimera convenable ou bien convoquer les membres pour une séance extraordinaire. ART. 12. Les

travaux pour le Congrès pourront être présentés à une époque quelconque, excepté ceux qui procéderont de membres sans titre académique, lesquels devront être remis au bureau du Comité d'organisation un mois avant la séance inaugurale.

Membres.—Art.13. Pourra être membre du Congrès toute personne qui voudra, en payant comme cotisation d'inscription la somme de dix francs. Art. 14. Tous les membres pourront prendre part aux travaux du Congrès, mais les personnes qui ne possèdent pas de titre académique habilitant à l'exercice d'une profession, le pourront faire seulement en présentant des travaux écrits qui seront soumis préalablement à la Subcommission scientifique. Art. 15. La qualité de membre donne droit à prendre part aux délibérations du Congrès et à recevoir à son temps un exemplaire du livre des procès-verbaux. Art. 16. L'ordre du jour de la dernière séance épuisé, le président du Congrès respectif en déclarera terminés les travaux, et le dossier des deux Comités sera livré d'organisation pour l'impression du livre des procès-verbaux.

A. CONGRÈS MÉDICAL.

I.— *Séances générales.*—1.Le tissu épithélial considéré comme système et son importance en physiologie et en pathologie. 2. Fonctionnement intime du système nerveux. 3. L'antisepsie en général. Les antiseptiques comment agissent-ils ? 4. Contagiosité et prophylaxie de la tuberculose. 5. Manière de mettre l'esprit et le langage du droit pénal en harmonie avec l'état actuel des connaissances phrénopathiques. 6. Déterminer dans les processus morbides d'origine parasitaire la part que prennent dans leurs variations, d'un côté la nature des micro-organismes, et de l'autre les conditions de l'individu, celles du tissu et de la région où se développent les processus susdits. 7. L'hypnotisme et la suggestion au point de vue gouvernemental. 8. Dans l'état actuel de la science doit-on tenir en compte pour la pénalité le temps employé dans la guérison des blessures, — au sens médico-légal de ce mot — et leurs résultats ? Serait-il convenable d'établir une classification médicolégale des blessures fondée sur les idées de la Chirurgie contemporaine ? 9. Mesures gouvernementales qu'il conviendrait d'adopter en Espagne pour prévenir et obvier à la cécité et améliorer les conditions physiologiques, morales et sociales des aveugles. 10. Etat actuel de la lèpre en Espagne et moyens d'éviter la diffusion de cette maladie. 11. Histoire de la Médecine catalane.

II. *Sections.* — a) *Médecine.* — 1. De l'antisepsie dans la médecine interne. 2. Le traitement antipyrétique ; ses indications et contre-indications. 3. Etiologie et pathologie de la pneumonie. 4. Traitement de la tuberculose. 5. Indications précises de l'intervention chirurgicale dans l'occlusion intestinale. 6. Rôle que les maladies extra-cardiaques jouent dans le développement de l'asystolie. 7. Indications de l'intervention chirurgicale dans les processus pleuro-pulmonaires. 8. Pathogénie de l'éclampsie puerpérale. 9. Pathogénie et traitement des catarrhes intestinaux des enfants. 10. Identité ou dualisme entre la scrofule et le tubercule. 11. Différenciation des processus morbides encéphaliques des enfants. 12. Dans quels cas est-il possible de localiser les maladies des centres nerveux. 13. Rôle que la syphilis joue dans l'étiologie des maladies mentales. 14. Applications de l'hypnotisme et de la suggestion au traitement des névropathies. 15. La paralysie générale des aliénés est-elle toujours incurable ? 16. Les micro-organismes des eaux minérales ; influence qu'ils exercent sur la nature chimique et les effets de ces eaux. 17. Le nitrogène (azote) des eaux minérales agit-il en vertu de ce qu'il soustrait l'organisme à l'influence de l'oxygène ou par son action propre. 18. Quel rôle les courants électriques (galvaniques et faradiques) doivent-ils jouer dans la thérapeutique des processus morbides médullaires, de ceux de foyer aussi bien que ceux de système ?

b) Chirurgie. — 1. Modification qu'il convient d'établir dans les doctrines actuelles en vue des études micro-biologiques modernes. 2. Déterminer les cas où, étant risquée l'extraction du projectile des blessures par arme à feu, il faut y renoncer et se confiner au pansement antiseptique. 3. Plaies pénétrantes de l'abdomen : vu la gravité qu'elles présentent généralement, surtout celles par armes à feu, la laparotomie est-elle bonne comme moyen explorateur et préliminaire du traitement ? 4. Etude de la loi de l'accommodation dans le mécanisme de l'accouchement et des conséquences qui en dérivent. 5. Antisepsie obstétricale. 6. De l'involution (rétraction) de l'utérus et des causes qui peuvent la troubler. 7. Traitement de l'hystéroptose. 8. Traitement chirurgical du carcinome utérin. 9. Valeur comparative de l'asepsie et de l'antisepsie en chirurgie oculaire. 10. Parmi les procédés de la méthode d'extraction de la cataracte, lequel est généralement préférable ? 11. Quelles sont les modifications que les connaissances chirurgicales actuelles imposent dans le traitement des blessés en campagne ? 12. Qu'est-ce qu'on entend actuellement par herpétisme ? 13. La lèpre mutilante est-elle une trophonévrose ? 14. La syphilis est-elle transmissible aux animaux ? Dans le cas affirmatif, déterminer l'époque, l'ordre et la manière comme se présentent les manifestations qui correspond aux différentes périodes. Y a-t-il des espérances fondées d'obtenir l'atténuation du virus syphilitique ? 15. Le lupus : sa nature et son traitement. 16. Valeur thérapeutique de l'électricité dans le traitement des arthropathies.

c) Hygiène et démographie. — 1. Etiologie et prophylaxie de la fièvre jaune et du choléra. 2. Etiologie et prophylaxie des maladies infectieuses indigènes. 3. Mesures pratiques pour empêcher le développement de la flore cryptogamique. 4. Le droit de la Société de se défendre contre les maladies contagieuses est-il absolu, ou faut-il le concilier avec celui de l'individu malade ? Quelle doit être la ligne limitative entre les deux ? 5. Influence de de la densité de la population sur la santé et la longévité des individus. 6. Origine, polymorphisme et hétéroïcité des microbes. 7. Chimie des diastases. 8. Les édifications modernes de Barcelone accomplissent-elle les préceptes de l'hygiène ? En cas négatif, quelles sont les réformes qu'il faut introduire dans les maisons construites déjà, et quelles sont les règles qu'il faut suivre dans les constructions neuves ? 9. Différences physiques et chimiques qui existent dans un même aliment selon qu'il procède de différentes régions de l'Espagne,

B. CONGRÈS PHARMACEUTIQUE.

I. *Séances générales.* — 1. A laquelle des deux théories qui se disputent à présent le domaine de la chimie, convient-il de donner la préférence pour l'enseignement de la pharmacie ? 2. Quels sont les procédés de désinfection les plus convenables dans les diverses épidémies ? Quelle est l'action chimique des désinfectants et quels sont ceux qui méritent la préférence ? 3. L'imitation des eaux minéro-médicinales a-t-elle de l'importance ? Quelles sont les conditions qu'il faudra remplir pour établir un jugement bien fondé et définitif sur cette matière ? 4. La pharmacologie naturelle est-elle l'expression du point de vue le plus élevé sous lequel il faut étudier les matériaux médicamenteux naturels ? 5. Influence des auteurs espagnols dans les progrès de la pharmacologie : comparaison de leurs travaux scientifiques avec ceux publiés par les pharmacologistes étrangers. 6. Les théories de la fermentation.

II. *Sections.* — a). *Pharmacologie.* — 1. Nature de la gomme laque. L'étude de cette substance correspond-elle à la pharmacozoologie ou à la pharmacophytologie ? 2. Les renonculacées considérées au point de vue pharmacologique. Dans quelles conditions faut-il les employer pour que les médicaments, dans la préparation desquels elles entrent, jouissent du degré d'activité le plus haut possible. 3. Localisation des principes actifs dans les plantes : importance pharmacologique de cette étude. 4. Est-ce que l'extraction des essences des labiées peut constituer une industrie importante dans notre pays ? En cas affirmatif, quels sont les moyens et procédés les plus à propos pour réaliser ce problème avec le plus grand succès possible.

b). Pharmacie pratique. — 1. Le sous-azotate de bismuth préparé selon le procédé de la pharmacopée espagnole, est-il un médicament inaltérable dans sa composition et constitution ? S'il n'en est pas ainsi, quel procédé faut-il suivre pour le préparer ? 2. L'emploi de la lanoline et de la vaseline présente-t-il des avantages sur l'emploi des graisses communes dans la préparation des pommades ? 3. Les extraits et les méthodes de leur préparation. 4. Quelles modifications la législation pharmaceutique en vigueur doit-elle subir, eu égard aux progrès de la science ?

c). Chimie. — 1. Quels moyens pourrait-on employer pour rendre les astringents chimiquement compatibles avec les ferrugineux, sans qu'il en résultât des altérations dans les propriétés des préparations où ils entrent ? 2. Etude chimique et pharmaceutique des préparations d'antimoine. 3. Quels sont les réactifs les plus à propos pour l'analyse chimique de l'urine ? 4. Importance de l'analyse spectrale.

Association des médecins de la Seine.

L'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila en 1833 pour venir en aide aux membres malheureux de la profession médicale, a tenu le dimanche 22, à deux heures, sa cinquante-cinquième assemblée annuelle, sous la présidence de M. Brouardel. La réunion a eu lieu, comme de coutume, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Après une allocution très applaudie du président, M. Henri Barth, secrétaire-général adjoint, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 67,640 francs, dont 17,902 fournis par les cotisations, 18,408 environ par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés. Avec ces ressources l'Association a secouru trois sociétaires, cinquante-cinq veuves ou familles de sociétaires, enfin vingt-deux autres personnes appartenant au corps médical de Paris et du département. Les secours distribués se sont élevés à près de 40,000 francs, dépassant de 20 pour 100 la moyenne des cinq dernières années. Une somme de

23,950 francs a été portée au fonds de réserve. L'avoir total de l'Association dépasse actuellement un million ; les sociétaires sont au nombre de huit cent cinquante. — A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau ; ont été réélus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

Antipyrine ou Analgésine.

M. le Directeur de l'Assistance publique vient de décider que désormais la Pharmacie centrale des hôpitaux délivrera au lieu et place de l'*antipyrine*, prescrite par un médecin ou un chirurgien des hôpitaux, l'*analgésine* ou *Diméthyloxyquinizine*, dont la composition chimique est identique à celle du produit connu depuis quelque temps sous le nom d'antipyrine. L'analgésine ne sera délivrée qu'absolument pure, car la Pharmacie centrale soumettra à l'analyse tous les produits qu'on lui fournira sous le nom d'analgésine.

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

STATISTIQUE DU 1er JANVIER AU 31 MARS 1887, PAR LE Dr PASSANT.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total.
1er	15	15	3	33
2e	12	2[illegible]	5	38
3e	47	53	12	112
4e	29	56	12	97
5e	15	43	15	73
6e	23	41	6	70
7e	21	41	4	46
8e	10	17	1	28
9e	17	28	2	47
10e	27	41	5	73
11e	84	135	36	255
12e	32	54	13	99
13e	27	80	37	144
14e	46	73	14	133
15e	43	77	25	145
16e	15	25	3	43
17e	41	49	10	10[illegible]
18e	75	83	2	183
19e	40	70	24	134
20e	68	109	46	223
	687	1091	298	2076

MALADIES OBSERVÉES.

Maladies	
A	
Angines et laryng.	94
Croup	38
Coqueluche	9
Otite	2
Corps étrangers de l'œsophage	1
Ophthalmie	2
B	
Asthme	49
Affections du cœur.	68
Bronchites aiguës et chroniques	124
Pleuro-pneumonie.	106
Congestion pulmonaire	50
C	
Affections et troubles gastro-intestinaux	131
Cholérine	41
Dysenterie	4
Athrepsie	17
Sclérème	1
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines.	60
Hernie étranglée	22
Rétention d'urine	66
Phimosis	1
Orchite	2
D	
Métrite. Métro-péritonite	50
Métrorrhagie	43
Fausse-couche	45
Accouc. Délivrance	242
Accouc. non terminé	30
E	
Affect. cérébrales, Paralysies	108
Eclampsie. Convuls.	59
Névralgies	29
Névroses	96
Epilepsie	28
Aliénation mentale.	12
Alcoolisme. Delirium tremens	30
Rage	1
Tétanos	1
F	
Rhumatisme	33
Affections éruptives	49
Fièvre intermitt.	3
Fièvre typhoïde.	31
Hémorrhagies de causes internes et externes	86
G	
Plaies. Contusions.	98
Fractures. Luxations. Entorses	43
Brûlures	8
Congélat. des pieds	1
Empoisonnements	18
Asphyxie par le charbon	13
— submersion.	»
Suicide	4
H	
Mort à l'arrivée du médecin	69
Total	2076

La moyenne des visites par nuit est de 22 81/100.
Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 22,19/100.
Les hommes entrent dans la proportion de 53 0/0.
Les femmes — — de 53 0/0.
Les enfants au-dessous de 3 ans, 14 0/0.

Visites du 1er trimestre de	1887.	1,997
— —	1888.	2.076
Différence en plus.		79

Hospice de Neuilly-sur-Seine.

La maison de retraite des vieillards que possède actuellement la ville de Neuilly-sur-Seine, est devenue insuffisante pour une population de 26,000 âmes. Elle est située sur l'avenue du Roule. N'ayant pas de jardin, elle manque absolument d'air et est si exiguë que, lorsqu'un pensionnaire vient à décéder, il n'y a pas le plus petit cabinet pour recevoir sa dépouille mortelle. En outre, il n'y avait pas, dans la localité, une infirmerie où les blessés de Neuilly pussent être reçus immédiatement, et l'on était obligé de transporter ceux-ci à Beaujon et, quelquefois même, à la Charité.

Le Conseil municipal a voté pour la construction d'une maison municipale de retraite de vieillards, une somme de 123,000 francs. De plus, la ville est en possession d'un legs de 100,000 francs spécialement affecté à cette construction et provenant de la succession de M. Dulud.

La nouvelle maison des vieillards s'élèvera rue Soyer. Elle consistera en un corps principal de 34 mètres de largeur, avec deux ailes en retour sur le jardin, et comprendra un chauffoir pour les hommes, un ouvroir pour les femmes, un grand réfectoire, deux immenses dortoirs, le logement de la directrice, des chambres de domestiques, lavabos, etc.

Au point de vue décoratif, la construction sera d'un simplicité extrême : les murs seront en moëllon et pierre et la couverture en tuile. Un seul motif décoratif, placé au-dessus de la porte d'entrée, contiendra les armes de Neuilly au milieu d'ornements et de rinceaux. Le préfet de la Seine a autorisé la mise en adjudication. (*Le Temps* du 4 avril).

Depuis longtemps les communes de la banlieue de Paris, ou mieux de tout le département de la Seine, envoyaient le plus souvent leurs malades dans les hôpitaux de Paris et elles se plaignaient de ne pas pouvoir y placer leurs vieillards et leurs infirmes. Quelques-unes de ces communes versaient une subvention à l'Assistance publique ; le Conseil général de son côté en accordait une autre. Malgré cela, en fin d'année, l'Assistance publique de Paris ne dépensait pas moins d'une centaine de mille francs pour les malades de la banlieue qu'elle n'est pas obligée de secourir. M. Bourneville au Conseil général, M. du Mesnil à la Société de médecine publique, ont indiqué la voie qu'il convenait de suivre, pour faire face aux besoins des malades et des infirmes de la banlieue, c'est-à-dire de créer des hôpitaux cantonnaux ou des hôpitaux entre plusieurs communes voisines, quand les communes ne sont pas assez importantes pour avoir un hôpital à elles. Déjà, plusieurs communes sont entrées dans la voie où s'engage la ville de Neuilly, par exemple Courbevoie, Fontenay-sous-Bois, etc.

Cet état de choses est incomparablement supérieur au projet présenté en 1880 par M. Benjamin Raspail au Conseil général. M. Raspail voulait que tous les postes-casernes inoccupés existant sur le pourtour intérieur des fortifications de Paris fussent aménagés de façon à servir de succursales des hôpitaux et des hospices, au profit surtout des malades ou des vieillards des communes suburbaines. Cette proposition, si elle avait été votée, aurait fait au contraire rentrer à Paris tous les malades de ces communes ; de là accroissement de la confusion entre les affaires municipales et les affaires départementales, sans compter les inconvénients amenés par le mélange de vieillards et de malades dans un établissement et surtout ceux du déplacement (1). Nous ne saurions trop encourager MM. les Maires et les Conseillers municipaux de notre banlieue à continuer l'exemple donné par la ville de Neuilly. Ils trouveraient sûrement dans le Conseil général un vote favorable et des subventions. A. ROUSSELET.

La rage en Hollande.

Le gouvernement hollandais a eu connaissance de 23 cas de morsures faites à l'homme par des animaux enragés ou suspects de rage. 12 personnes mordues ont subi à Paris le traitement Pasteur, et sur ce nombre, il y a eu un décès par rage chez un garçon de 13 ans, qui, mordu le 18 juin 1886 par un chat enragé, avait subi douze inoculations du 25 au 30 juin. Le 3 juillet, il rentrait dans son pays ; mais, un mois après (4 août), il mourait de la rage à l'hôpital de Dordrecht. Quant aux 11 personnes mordues et non inoculées, toutes ont survécu, et aucune d'entre elles n'a présenté jusqu'ici les symptômes de la rage. Ces résultats sont absolument défavorables à la méthode Pasteur, puisque le seul décès par rage qui ait été enregistré en Hollande pendant l'année 1886 appartient à la série des malades traités à l'Institut Pasteur à Paris. Il y a lieu de faire ressortir aussi que le chiffre correspondant aux deux catégories de mordus est le même, ce qui permet de bien apprécier les faits. (*Gazette hebd. des sciences méd. de Bordeaux*, p. 156).

La cartouche de pansement.

Le gouvernement néerlandais fait actuellement fabriquer à La Haye, sur l'instigation de M. Zimmerman, inspecteur du service de santé militaire, 42,000 cartouches à pansement antiseptique, pour être distribuées aux soldats en temps de guerre. Chaque car-

(1) V. Rapport au Conseil municipal de Paris présenté par M. BOURNEVILLE, au nom de la 4e Commission, sur la transformation du poste caserne de la Porte-Saint-Ouen (no 39) en hôpital. (Annexe au procès verbal de la séance du 5 août 1880).

touche mesure 10 centimètres de long sur 5 de large et 2 de haut; et se trouve fermée à l'aide d'une épingle de sûreté ; elle contient une bande de 3 mètres, trempée dans une solution de sublimé à 0,3 0/0, et deux morceaux de gaze trempée dans une solution de sublimé à 0,1 0/0, mais ayant préalablement passé dans un mélange d'iodoforme et d'acide borique.

Il est déplorable de constater l'incurie persistante du ministère de la guerre à cet égard. Toutes les nations de l'Europe auront muni leurs armées de la cartouche antiseptique, avant que la France ait seulement songé à l'adopter. Il y a là une négligence coupable, et nous demandons à nos confrères de s'associer à notre protestation (*Province médicale*, 24 mars).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 30. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Marc Sée, Reclus, Reynier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, A. Robin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Delens, Kirmisson. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Segond : — (2e *Série*) : MM. Guyon, Pinard, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potin, Raymond, Brissaud.

MARDI 1er. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Richet, Poirier, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Duplay, Bouilly, Brun ; — (2e *Série*) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Peyrot. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Campenon, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Joffroy. — 4e *de Doctorat* : MM. Proust, Fernet, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Le Fort, Charpentier, Schwartz ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Jaccoud, Cornil, Troisier ; (2e *Série*) : MM. G. Sée, Ball, Hanot.

MERCREDI 2. — (Epreuve pratique). Méd. opér. : MM. Guyon, Segond, Jalaguier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Marc Sée, Joffroy, Déjérine ; — (2e *Série*) : MM. Hayem, Straus, Reynier ; — (3e *Série*) : MM. Fournier, Ch. Richet, Raymond. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Ribemont-Dessaignes, Delens, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Potain, Damaschino, A. Robin

JEUDI 3. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Le Fort, Panas, Bouilly. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Bouchard, Brun, Poirier ; — (2e *Série*) : MM. Cornil, Peyrot, Quenu ; (3e *Série*) : MM. Duplay, Polaillon, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Schwartz, Charpentier. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Peter, Legroux, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Dieulafoy, Fernet, Hutinel.

VENDREDI 4. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Marc Sée, Delens, Jalaguier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Straus, Reynier — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Kirmisson, Brissaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Segond ; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Budin, Reclus. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Damaschino, Chauffard.

SAMEDI 5.—(Epreuve pratique). Dissect. : MM. Mathias-Duval, Schwartz, Campenon. — 2e *de Doctorat*, oral (1e partie) (1re *Série*) : MM. Bouchard, Ferne-, Bouilly ; — (2e *Série*) : MM. Laboulbène, Quenu, Brun ; — (3e *Série*) : MM. Ball, Peyrot, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Richet, Panas, Charpentier ; — (2e *Série*) : MM. Duplay, Polaillon, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 2. — M. Winocouroff. Cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales. — M. Jacques. Intubation du larynx dans le croup. — *Jeudi* 3. — M. Bizardel. De la quinine comme prophylactique du paludisme. — M. Imbert. Etude sur un cas anormal de dilatation de l'estomac. — M. Le Meignen. Etude sur les formes cliniques de la paralysie saturnine généralisée. — M. Augier. Contribution à l'étude du diverticule de Meckel. — M. Hervé. La circonvolution de Broca. — M. Dupain. Etudes cliniques sur le délire religieux. Essai de séméiologie. — M. Royetski. Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Chister. Excision de la muqueuse curatoire.

Enseignement médical libre.

Cours d'obstétrique. — M. FOURNEL commencera un cours complet d'obstétrique avec toucher et manœuvres, le lundi 30 avril, à 8 heures du soir. On s'inscrit tous les jours de 5 à 6 heures, 165, rue St-Honoré (place du Théâtre-Français).

INSTRUMENTS ET APPAREILS.

La Canule du Dr Reynal-O'Connor.

M. le Dr REYNAL-O'CONNOR vient d'envoyer, par les soins de la légation Argentine à Berlin, à M. le Dr Mackensie pour l'Empereur d'Allemagne, la nouvelle canule qui a été présentée à l'Académie de médecine par M. le professeur Le Fort et dont nous donnons ci-dessous la gravure et la description. (Voir *fig.* 50).

M. le Dr Reynal-O'Connor a imaginé sa canule dans le but d'éviter les complications sérieuses auxquelles sont exposés les opérés. Ils sont forcés, avec toutes les canules actuelles, de respirer de l'air froid, chargé de poussières, des moisissures et des microbes. Cette canule a aussi été inventée dans le but de donner libre issue au dehors de tout le pus et les fausses membranes et les détritus des tissus dans le cas de tumeurs malignes ou des processus inflammatoires du larynx, qui autrement en tombant dans les bronches provoqueraient des quintes de toux, des accès d'asphyxie et même des maladies infectieuses comme dans le cas de l'Empereur d'Allemagne.

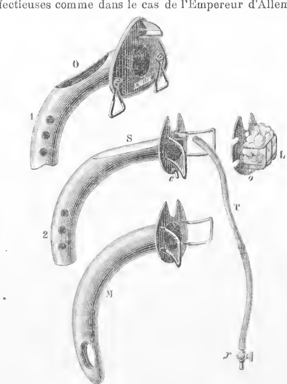


Fig. 50.

Cette ingénieuse canule se compose, en dehors du mandrin M qui sert à l'introduction de l'appareil (voir *fig.* 50), de trois pièces : l'une, 1, qu'on maintient en passant autour du coupar des rubans antiseptiques attachés aux anneaux ; à la partie supérieure, elle est pourvue d'un trou ovale de trois centimètres de longueur pour laisser passer toutes les fausses membranes et les débris des tumeurs ; à sa partie inférieure elle est percée de sept trous dont un est central et trois autres plus petits, de chaque côté, pour éviter l'asphyxie dans le cas où le premier serait obstrué par un crachat ou une fausse membrane. Dans cette première canule pénètre une autre, 2, pourvue en bas de sept trous qui correspondent à ceux de la première canule ; à sa partie supérieure il y a une surface plate de la même forme et de la même longueur que le trou de la première, de façon à former entre celle-ci et l'autre une cavité pour loger les détritus et le pus. Quand ces produits de la désorganisation des tissus encombrent cette petite cavité, il n'y a qu'à retirer un peu la canule interne et à la nettoyer avec un pinceau imbibé d'acide phénique ; quand la suppuration est très abondante, on applique le tuyau T en caoutchouc au petit bec de la canule et en ouvrant le robinet *r* on laisse sortir le pus. Le malade n'est ainsi que peu souvent incommodé par les soins que nécessite le nettoyage de la cavité de la canule.

Le Dr Reynal-O'Connor, tenant en compte les brillants résultats qu'on a obtenu dans la science moderne en suivant les

principes de Pasteur a cru d'un danger réel pour les malades de respirer un air chargé de poussières et de microbes ; aussi il a imaginé le petit appareil L qui est destiné à loger dans sa petite cage un morceau de ouate stérilisée. Ce petit filtre s'adapte au-devant de la canule en introduisant le crochet c dans le trou o. De cette façon, tout l'air qui doit pénétrer dans les poumons de l'opéré, non seulement se réchauffe un peu en passant à travers de l'ouate, mais aussi est privé de tous les microbes qu'il peut contenir.

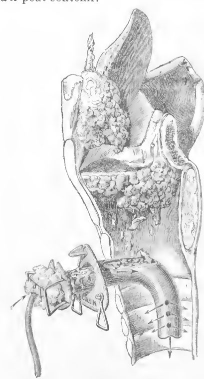


Fig. 51.

La fig. 51 représente la canule introduite dans un larynx atteint d'une tumeur maligne et l'on a l'air purifié à travers l'ouate. Il pénètre suivant le sens des flèches et sort par les trous pratiqués dans le bout inférieur. On voit la cavité supérieure de la canule remplie de pus et de débris de tissus. On a retiré un peu au dehors la canule interne pour montrer son mécanisme. M. le Dr Reynal-O'Connor recommande de ne pas la retirer entièrement pour la nettoyer, afin d'empêcher que les humeurs tombent dans cet intervalle de temps dans la première canule, de là dans les bronches du malade et par conséquent occasionner les accidents graves que l'on connait de l'absorption du pus par la surface pulmonaire (1).

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 15 avril 1888 au samedi 21 avril 1888, les naissances ont été au nombre de 1198, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 432 ; illégitimes, 167. Total, 599. — *Sexe féminin :* légitimes, 417 ; illégitimes, 182. Total, 599.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 15 avril 1887 au samedi 21 avril 1888, les décès ont été au nombre de 1115, savoir : 607 hommes et 508 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 4, F. 6. T. 10. — Variole : M. 4, F. 4, T. 8. — Rougeole : M. 6, F. 8. T. 14. — Scarlatine : M. 3, F. 2, T. 5. — Coqueluche : M. 2 F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 15 F. 20, T. 35. —Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phtisie pulmonaire : M. 138, F. 85. T. 223. — Autres tuberculoses : M. 12, F. 10. T. 22. — Tumeurs bénignes : M. 1, F. 2. T. 3. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 24. T. 41. — Méningite simple : M. 16, F. 15. T. 31. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 40, F. 26. T. 66. — Paralysie : M. 4, F. 5. T. 9. — Ramollissement cérébral : M. 8, F. 7. T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 34, F. 42. T. 76. — Bronchite aiguë : M. 20, F. 24. T. 44.— Bronchite chronique : M. 23, F. 21. T. 44. — Broncho-Pneumonie : M. 18, F. 12. T. 30. — Pneumonie M. 33, F. 36. T. 69. — Gastro-entérite, biberon : M. 20, F. 11. T. 31. — Gastro-entérite, sein : M. 9, F. 5. T. 14 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 1, F. 1. T. 2.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 18, F. 12, T. 30. — Sénilité : M. 13, F. 18. T. 31. — Suicides : M. 21, F. 6 T. 27.— Autres morts violentes : M. 6. F. 3. T. 9. — Autres causes de mort : M. 114 F. 91. T. 205. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 5. T. 12.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 36, illégitimes, 12. Total : 48 — *Sexe féminin :* légitimes, 28; illégitimes, 10. Total : 38.

Faculté des sciences de Paris. — M. Deslandes soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 2 mai, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, la thèse suivante : *Spectres de bandes ultra-violets des métalloïdes avec une faible dispersion.*

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Strasbourg :* M. le professeur Braun, de Iéna, a pris possession de la chaire de chirurgie de Marbourg. — *Faculté de médecine de Munich.* Le professeur extraordinaire J. Bauer, est nommé professeur de clinique médicale à Munich.

Hôpitaux de Paris. *Concours pour deux places de chirurgien du Bureau central.* — Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux civils de Paris a été tiré au sort hier mardi et il se compose de MM. Desprès, Reclus, Benjamin Anger, Lannelongue, Trélat, Le Fort et Raymond, sauf modifications ultérieures.

Aquarium de la ville de Paris.— *Cours municipal de pisciculture.* — M. Jousset de Bellesme, directeur de l'Aquarium de la Ville de Paris, commencera ce cours le lundi 30 avril prochain à deux heures, rue Jean-Lantier, nº 15 (1er arr.) et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. Le professeur étudiera les causes du dépeuplement des cours d'eau et exposera les différentes méthodes que la pisciculture emploie pour y remédier.

Service de santé militaire. *Nominations.* — Par décrets, en date du 23 avril 1888, ont été promus, dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Marvaud, en remplacement de M. Dujardin-Beaumetz, promu ; désigné pour l'emploi de médecin-chef de la place de Verdun ; — Chambé, en remplacement de M. Massaloup, retraité ; maintenu secrétaire du comité consultatif de santé, chef de la section technique du service de santé.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Rebstock, en remplacement de M. Roy, retraité ; maintenu à l'hôpital Desgenettes, à Lyon ; — Bresson, en remplacement de M. Marvaud, promu ; désigné pour l'hôpital de Vincennes ; — Mathias, en remplacement de M. Chambé, promu ; désigné pour l'emploi de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Aix.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Barthé, en remplacement de M. Marvy, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; maintenu au 51e d'infanterie ; — Pouchet, en remplacement de M. Ballet ; — retraité ; désigné pour le 9e d'infanterie ; — Ferrandi, en remplacement de M. Roux, retraité ; maintenu au 162e d'infanterie; — Cabanié, en remplacement de M. Rebstock, promu ; désigné pour le 100e d'infanterie ; — Lartigue, en remplacement de M. Bresson, promu ; désigné pour le 138e d'infanterie ; — Franck, en remplacement de M. Mathias, promu ; désigné pour le 10e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Labroue, en remplacement de M. Cazes, démissionnaire; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger ; — Félix, en remplacement de M. Rodet, décédé ; maintenu aux hôpitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; — Brault de Bournonville, en remplacement de M. Hingne, démissionnaire ; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger ; — Baur, en remplacement de M. Bénit, démissionnaire; désigné pour le 60e d'infanterie ; — Duval, en remplacement de M. Debierre, mis en non-activité pour infirmités temporaires ; maintenu aux hopitaux de la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam ; — Schoull, en remplacement de M. de Mersseman, mis en réforme pour infirmités incurables ; maintenu

(1) A la dernière heure nous apprenons que la canule du Dr Reynal-O'Connor que nous venons de décrire a été appliquée à l'Empereur Frédéric III, le 26 avril, à 4 h. 05 du soir, sans donner lieu à aucun accident.

aux hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Ferrand, en remplacement de M. Barthé, promu; désigné pour les hôpitaux de la division d'Oran; — Boisson, en remplacement de M. Pouchet, promu; désigné pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie; — Lévy, en remplacement de M. Ferrandi, promu; maintenu aux hôpitaux de la division d'Alger; — Léchaudet, en remplacement de M. Cabanié, promu; désigné pour le 94e d'infanterie; — Ribes, en remplacement de M. Lartigue, promu; désigné pour le 2e régiment étranger; — Buy, en remplacement de M. Franck, promu; désigné pour les hôpitaux de la division d'Alger.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — M. le pharmacien-major de deuxième classe DAUPHIN, en remplacement de M. Boué, retraité; maintenu à l'hôpital de Versailles.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. le pharmacien aide-major de première classe GIRARD, en remplacement de M. Dauphin, promu; maintenu à l'hôpital de Cambrai.

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. *École de médecine militaire.* — La commission de l'armée s'est réunie récemment sous la présidence de M. Mézières. Elle a entendu M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé militaire, au sujet de la création d'une Ecole de médecine militaire. On sait que, depuis la perte de l'Alsace, l'Ecole de santé militaire que nous avions à Strasbourg n'a pas été reconstituée. Le général Logerot, le précédent ministre de la guerre, a déposé, il y a deux mois, un projet de loi portant ouverture d'un crédit de 200,000 francs pour réorganiser cette école. Encore ce chiffre serait-il atténué par le produit de la pension des élèves payants, soit une centaine de mille francs. La réorganisation d'une école de santé militaire aurait pour effet de fortifier les sentiments de discipline des élèves du corps de santé. Quatre villes se disputent l'avantage de posséder cette école; Lyon, Nancy, Bordeaux et Montpellier. Le projet de loi se borne à ouvrir le crédit nécessaire; mais le choix de la ville est laissé à la discrétion du ministre de la guerre. La commission de l'armée a adhéré au principe du projet, sous réserve de l'avis que la commission du budget devra émettre sur les crédits demandés. M. Gadaud a été nommé rapporteur. (*Le Radical*).

NÉCROLOGIE. — On annonce la mort à Welschar près Carlsbad de J. DE LÖSCHNER, à l'âge de 79 ans, ancien médecin de l'hôpital des Enfants de François-Joseph. Parmi ses principaux travaux, on peut citer: sa thèse intitulée *Dissertation relative à l'allure des maladies à la clinique de Prague*, 1834; Examen de l'épidémie de choléra observé dans la même ville du 21 mai 1849 au 25 décembre 1851; Un *mémoire* sur le choléra des enfants; plusieurs brochures relatives aux eaux minérales de Seidschitz, Giesshübler, de la station de Puchstein, ainsi que plusieurs publications faites en commun avec Lambl à l'hôpital des Enfants dont il était le médecin. — A Stuttgard vient de mourir E. BESSEL, le naturaliste bien connu. — M. MAHER, directeur du service de la marine en retraite, décédé à 83 ans. — M. le Dr BAUX, de Commercy. — M. le Dr GARDIEN, d'Ygrande, Allier. — Le Dr ALEXANDROVICZ, d'Alais. — Le Dr BEUGNOT, de la Nouvelle-Orléans.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr TERILLON commencera ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi 2 mai à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants*: M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL BICHAT. — *Médecine.* — M. le Dr Henri HUCHARD commencera ses leçons de clinique et de thérapeutique médicale à l'hôpital Bichat, le dimanche 29 avril, à neuf heures et demie très précises, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Médecine.* — M. le Dr QUINQUAUD commencera son cours de *dermatologie et de syphiligraphie* le mercredi 11 mai, à 4 heures de l'après-midi et le continuera les mercredis suivants à la même heure (Hôpital Saint-Louis, salle des conférences).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Publications du Progrès Médical

BUDIN (P.). **Obstétrique.** (Notes et Recherches). Brochures in-8 de 42 pages, avec 6 figures. — Prix: 1 fr. 50. — Pour nos abonnés.. 1 fr.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint-Germain.

BOSSELUT (F.). — De la méningite tuberculeuse chez les jeunes enfants âgés de moins de deux ans. Volume in-8 de 116 pages, avec 3 planches hors texte. — Prix: 4 fr.

Atti della reale accademia medica di Roma — 1886-87 — Anno XIII, volume III, série II. — Volume in-4 de 338 pages, avec planches. — Roma, 1887. — Tipografia F. Centenari.

ABUNDO (G. d'). — L'andatura (cannino) ed i riflessi rotulei, studiati in rapporto colle lesioni degli sciatici e della midolla spinale. Brochure in-8 de 76 pages, avec une planche hors texte. — Napoli, 1888. — Nicola Jovene et Ca.

ARCELASCHI (G.). — Intorno ad un caso di contratture permanenti delle estremita e del tronco, contributo allo studio clinico delle paralisi infantili spastiche. Brochure in-8 de 22 pages. — Napoli, 1888. — Tipografico dell' Unione.

BERNHARDT (M.). — Beiträge zur Lehre von den basalen und nuclearen Augenmuskellähmungen. Brochure in-8 de 8 pages. — Extrait des *Archiv. für Psychiatrie.*— Berlin. — Schumacher.

BERNHARDT (M.). — Ueber einen Fall von Hirnrindenataxie. Brochure in-8 de 5 pages.—Extrait du *Deutschen Medicinischen Wochenschrift.* — Berlin, 1888. — Sittenfeld.

BERNHARDT (M.). — Neuropathologische Mittheilungen. Brochure in-8 de 5 pages. — Extrait des *Archiv. für Psychiatrie.*— Berlin, 1888. — Schumacher.

DECOUD (D.). — Estudio del hipnotismo. Brochure in-8 de 44 pages. — Buenos-Aires, 1888. — P. Lajouane.

ELLENBERGER und HOFMEISTER.— Ueber die oxynaphtdësäure und ihre Physiolosischen Wirkungen. Brochure in-8 de 20 pages. Extrait du *Deutschen Zeitschrift für Thiermedicin.*

FAJARNÈS Y TUR. — Epidemia di sarampion en Palma, 1887.— Palma de Mallorca, 1888. — Imprenta J. Colomar y Salas.

FARALLI GIOVANNI.— Studii di medicina pubblica. Sulla riforma dell'administrazione sanitaria nel Regno d'Italia. — Firenze, 1887. — Tipografia Cenniniana.

LOHNSTEIN. — Zur Behandlung der infectiösen Urethritis durch Antrophore. Brochure in-8 de 8 pages. Extrait de l'*Allg. Med. Central Zeitung.* — Berlin, 1888. — Marschner et Stephan.

MAZZOTTI (L.). — Infiamazione fugace delle sierose nel reumatismo articolare acuto. Brochure in-8 de 24 pages. — Forli, 1888. — Tipografia Democratica.

MEDICAL ANNUAL and Practitioner's Index: A Work of Reference for Medical Practitioner's, 1888 (sixth year). Volume in-18 cartonné, de 568 pages. — Bristol: I. Wright et Co. — London: H. Adams et Co.

MORSELLI (E.). — Sull'azione fisiologica dei bagni idro-elettrici monopolari (faradici e galvanici). Brochure in-8 de 28 pages. — Torino, 1887. — Tipografia-Edi. Torinese.

NEWMANN (R.). — The galvano-cautery sound and its application, espacially in hypertrophy of the prostate, with reports of cases. Brochure in-12 de 53 pages. — Bridgeport, 1887. — Gould and Stiles.

SEGUIN (E.-C.). — A second clinical study of Hemianopsia. Cases of chiasm-lesion. Demonstration of hemiopic pupillary inaction. Brochure in-8 de 19 pages, avec figures. — New-York, 1887. — *Journal of Nervous and mental disease.*

SEGUIN (E.-C.). — A third contribution to the study of Localized cerebral Lesions. Brochure in-8 de 10 pages, avec figures. — New-York, 1887. — J. H. Vail et Co.

Le Rédacteur-Gérant: BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 18. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 5 MAI 1888.

Le Progrès Médical

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine. —

M. P. BUDIN, professeur agrégé.

De l'embryotomie;

Leçon recueillie par E. BONNAIRE.

Messieurs,

Je vous ai présenté, à la fin de notre dernière leçon, le corps sectionné en deux d'un enfant dont j'ai opéré l'extraction après avoir fait la détroncation. Je désire aujourd'hui, en vous traçant l'histoire de ce cas clinique, vous entretenir des indications et des procédés opératoires que comporte l'embryotomie.

La femme chez laquelle nous avons pratiqué l'opération nous a été amenée le 6 février. C'est une multipare de 33 ans, enceinte pour la huitième fois.

Tous ses accouchements, jusqu'ici, se sont effectués en présentation du sommet; toutes ses grossesses ont été menées à terme, sauf deux : l'une, qui s'est terminée à 7 mois par la naissance d'un fils actuellement vivant, l'autre qui a été interrompue à 4 mois et demi par un avortement dont la cause nous est inconnue.

Cette femme a eu ses règles, pour la dernière fois, du 14 au 22 mai; elle estimait donc devoir accoucher à la fin du présent mois de février. Rien d'anormal n'avait troublé sa grossesse et son état général était aussi satisfaisant que possible ; le 5 février, sans cause appréciable, des contractions utérines douloureuses sont apparues, et tout à coup s'est produit un abondant écoulement de liquide amniotique dont notre malade évalue la quantité à plusieurs litres. Une sage-femme appelée aussitôt trouva une dilatation de l'orifice utérin égale à deux centimètres environ et constata l'absence d'engagement de toute partie fœtale; toutefois, elle parvint à reconnaître la présence, au-dessus du détroit supérieur, d'une saillie angulaire formée par une région du fœtus qu'elle pensa être le coude ou le genou. Malgré cet état de choses, elle porta un pronostic favorable et remit au lendemain le soin de faire un examen plus approfondi, mais le lendemain matin, comme elle se trouvait retenue près d'une autre cliente, elle délégua auprès de la parturiente sa fille qui, voyant que les douleurs étaient très intenses, engagea la malade à prendre un bain de siège. Vers 11 heures, la sage-femme revint, elle constata que la dilatation était complète, que l'épaule était profondément engagée et que le bras faisait procidence hors des organes génitaux. Elle appela à son aide un médecin ; ce dernier tenta de rétropulser le membre procident et, après insuccès, essaya de faire la version sans d'ailleurs réussir davantage. C'est alors que la femme fut envoyée à la Clinique, où elle fut reçue à 3 heures de l'après-midi.

Voici ce qu'on peut constater au moment de l'admission: Le bras gauche cyanosé et fortement tuméfié est en grande partie hors de la vulve ; le doigt conduit le long du membre à l'intérieur du vagin, arrive facilement jusqu'au creux axillaire dont il trouve l'ouverture orientée du côté droit du bassin ; abandonnant l'aisselle pour se diriger vers la paroi postérieure de l'excavation, il rencontre la ligne des apophyses épineuses de la colonne vertébrale transversalement dirigée et occupant la partie médiane de l'aire pelvienne. Plus en arrière, au voisinage immédiat du sacrum, il trouve une saillie qui proémine jusqu'au centre du bassin et qui est formée par le coude du côté droit. Le cou, très haut situé et arrêté au-dessus de la moitié gauche de la ligne innominée, n'est pas accessible. (Voyez *fig*. 52.)



Fig. 52. — Montrant la situation occupée par le fœtus qui se présentait par le dos. La ligne pointillée qui existe en arrière indique le pourtour du détroit supérieur.

On pense tout d'abord avoir affaire à une présentation de l'épaule gauche en position A. I. G., mais, en réalité, le cas est plus complexe. La procidence dans le vagin du coude droit, la facilité avec laquelle on arrive au centre même du bassin sur la colonne vertébrale indiquent qu'il s'agit d'une variété dorsale de la présentation du tronc, d'une véritable présentation du dos; la tête est dirigée du côté gauche.

La présentation est-elle primitive ou secondaire ? Il n'est pas possible de formuler une opinion catégorique sur ce point : néanmoins, il est très probable que la variété est secondaire et que c'est à la suite des tentatives infructueuses de version, dans lesquelles on a dû abaisser le bras droit au lieu du pied, qu'elle a pris naissance.

Quelle conduite avions-nous à tenir en de telles circonstances? Lorsqu'on se trouve en face d'une présentation de l'épaule, on ne doit pas compter sur la terminaison spontanée de l'accouchement. Cependant celle-ci est quelquefois possible ; dans une de nos dernières leçons, je vous en ai rapporté un exemple, et à ce propos je vous ai indiqué suivant quels modes pouvait s'exécuter la sortie du fœtus.

Tantôt, au cours du travail, la situation transversale de l'enfant se modifie peu à peu sous l'influence des contractions utérines et on voit une des extrémités, soit céphalique, soit pelvienne, venir occuper l'excavation du bassin : il y a version spontanée. C'est ce qui s'est

produit dans le fait de grossesse triple dont je vous ai parlé il y a quelque temps.

D'autres fois, surtout si l'enfant est avant terme ou mort et macéré, si le bassin est spacieux et les contractions de l'utérus vigoureuses, le tronc du fœtus s'engage et l'expulsion s'opère par un mécanisme que P. Dubois a fort justement assimilé à celui qu'on observe dans les présentations du sommet, de la face et du siège. Il y a évolution spontanée.

De ce que l'accouchement est possible, gardez-vous bien, je ne crains pas de le répéter, d'abandonner à elles-mêmes les présentations de l'épaule, du moment où les divers procédés de version sont devenus impraticables. Si la femme arrive à expulser l'enfant sans le secours de l'art, ce n'est généralement pas sans dommage pour elle, et l'épuisement nerveux, la déchirure du périnée, les suites de couches pathologiques peuvent être les conséquences de la lenteur et des difficultés du travail. Sauf de rares exceptions, la non-intervention dans les cas de présentation de l'épaule expose beaucoup et la mère et l'enfant.

Le fœtus succombe à l'asphyxie; les contractions prolongées et irrégulières de l'utérus qui déterminent des désordres persistants dans la circulation utéro-placentaire, la compression possible du cordon entre le corps du fœtus et les parois osseuses du bassin sont les causes efficientes de cette asphyxie.

Pour la femme, l'expulsion du fœtus étant entravée par des obstacles mécaniques, l'organe utérin lutte pendant des heures et pendant des jours pour se débarrasser de son contenu; la mort survient alors par excès de fatigue et par surmenage physique, exactement comme chez les animaux forcés à la chasse ou chez les bêtes de somme auxquelles on demande un travail exagéré.

Ce n'est pas seulement par les désordres de l'état général que l'issue du travail peut être fatale à la mère; souvent un accident local, la rupture utérine, détermine ce même fâcheux résultat. Sous l'influence des contractions de l'utérus, le corps et le fond de cet organe s'épaississent de plus en plus, tandis que sa partie inférieure, son segment inférieur s'amincit progressivement; une solution de continuité finit par se produire à l'union du corps et du segment inférieur, suivant un mécanisme indiqué par Bandl.

En somme, dans la présentation de l'épaule négligée, on voit d'habitude le fœtus succomber le premier; la mère survit plus ou moins longtemps, suivant la résistance de son organisme et la violence des contractions utérines. Dans le fait dont nous nous occupons aujourd'hui, le fœtus était déjà mort et la mère commençait à présenter des symptômes d'épuisement, en même temps que son utérus demeurait complètement tétanisé : le pronostic était donc menaçant, tant du côté de l'état général que du côté do l'état local; il nous fallait, par conséquent, agir sans délai et détruire les obstacles qui s'opposaient à l'expulsion du cadavre fœtal.

Les obstacles, en pareil cas, sont entièrement inhérents au fœtus; ils tiennent à ce que deux régions, la tête et le tronc, trop volumineuses pour franchir simultanément les voies génitales, tendent à s'engager en même temps.

La rétropulsion de l'une ou de l'autre partie du fœtus étant impraticable, la seule conduite à tenir consiste à rendre celles-ci indépendantes l'une de l'autre par une section intermédiaire, de façon à en permettre le dégagement successif. Tel est le but de l'embryotomie.

Dans notre cas, le fœtus étant mort, il devenait pour ainsi dire une quantité négligeable: seul, l'intérêt de la mère devait être pris en considération et nulle opération plus favorable que l'embryotomie ne pouvait être mise en œuvre dans ce but.

Sous la dénomination générale d'embryotomie, on entend une opération sanglante, portant sur une ou plusieurs parties du fœtus et destinée à rendre l'accouchement plus facile. A ce titre, la perforation du crâne, l'ablation d'un membre, l'ouverture des cavités splanchniques, la décollation sont autant de modalités de l'embryotomie; mais, en pratique, c'est d'habitude la décollation qu'on désigne quand on parle d'embryotomie sans autre qualification. Lorsqu'il s'agit de sectionner en deux le fœtus qui se présente transversalement, c'est au niveau du cou qu'il est le plus aisé de faire porter la séparation. En ce point, en effet, les diamètres du corps sont à leur minimum; comme résistances à vaincre, on ne rencontre que des couches peu épaisses de parties molles avec une tige osseuse unique interposée. Au niveau de l'abdomen et du thorax, au contraire, les dimensions de la région qui doit être divisée sont beaucoup plus grandes; d'une part, la mollesse et la mobilité des viscères abdominaux qui fuient devant l'instrument, d'autre part, quand on agit sur le thorax, la multiplicité des pièces osseuses à sectionner apportent à l'opération des obstacles qu'on ne rencontre pas à la région cervicale.

Si, dans les présentations de l'épaule, le cou doit être considéré comme le lieu d'élection pour pratiquer l'embryotomie, il s'en faut cependant qu'il soit toujours possible de porter les instruments sur cette région favorable. Aussi doit-on établir des distinctions entre les cas cliniques en présence desquels on peut se trouver.

Dans une première catégorie de faits, le cou est très aisément accessible.

Dans une seconde, il ne peut être atteint qu'avec difficulté.

Dans une troisième, enfin, la région cervicale échappe complètement aux instruments et à la main de l'opérateur.

Dans le premier ordre de faits, lorsque la main introduite dans les organes génitaux ne rencontre aucune difficulté pour enserrer le cou du fœtus, on peut dire que la plupart des procédés, et ils sont nombreux, réussissent. C'est le triomphe des instruments nouveaux, mais je dois dire qu'en pareil cas l'embryotomie s'exécute aussi bien avec les anciens. Je vous ferai grâce de la longue nomenclature des procédés de décollation qu'on a pu préconiser, pour ne vous parler que de ceux qui sont véritablement pratiques.

Parmi ces derniers le plus ancien, et non le moins commode, s'exécute à l'aide de forts ciseaux. Ceux de P. Dubois, modérément courbés sur le plat, sont caractérisés par le contraste qui existe entre les dimensions de la partie tranchante relativement courte et celles des bras de levier très longs à l'extrémité desquels les doigts exercent leur pression. Grâce à cette disposition, la force exercée par une seule main est considérable et arrive aisément à sectionner à petits coups la tige osseuse rachidienne.

L'opération comporte trois temps : dans un premier temps, on commence par rendre la région cervicale aussi accessible que possible, soit à l'aide de tractions exercées sur un bras procident, soit en glissant au préalable un crochet mousse sur le cou pour l'attirer vers la vulve, soit en combinant les deux moyens. La main

gauche est introduite dans le vagin et saisit la région cervicale de telle façon que l'index d'un côté et le pouce de l'autre l'enserrent à la façon d'un collier. Les ciseaux, tenus de la main droite, sont glissés sur la face palmaire de la main gauche jusqu'à ce que leur extrémité arrive en contact avec le cou du fœtus.

Le second temps comprend la section des tissus : le tranchant de l'instrument étant surveillé par la main qui tient la région cervicale, on procède à l'incision des parties molles en ayant soin de n'attaquer ces dernières qu'à petits coups et de n'écarter que modérément l'extrémité des lames. On arrive sur la colonne vertébrale qui cède à l'instrument tranchant en un ou deux efforts et on achève la section des parties molles plus profondément situées.

Il ne reste plus qu'à opérer, dans un troisième temps, l'extraction des deux portions séparées du fœtus; il suffit de tirer sur le bras procident pour voir la partie supérieure du tronc descendre à la vulve. Le corps extrait, on introduit une main dans les voies génitales et on saisit la tête par le maxillaire inférieur pour l'entraîner à son tour au dehors.

A côté des ciseaux de Dubois, je vous citerai le crochet de C. Braun, instrument dont l'emploi est peu usité en France mais qui reste en vogue en Allemagne. Ce crochet, dont je ne saurai mieux définir la forme qu'en le comparant à un tire-botte, se termine par une extrémité mousse. On le place sur le cou et, quand il a pris point d'appui sur les parties molles, on lui imprime des mouvements de rotation sur son axe longitudinal de manière à luxer d'abord les articulations vertébrales et à dilacérer ensuite les muscles et la peau. Un pareil procédé, vous le concevez aisément, est un peu brutal. Je l'ai essayé sur le mannequin ; j'ai même eu occasion de le voir mettre cliniquement en pratique à Vienne, et j'ai pu ainsi me rendre compte des dangers auxquels il expose l'opérée. La violence des efforts déployés ne retentit pas seulement sur les tissus du fœtus mais aussi, bien que médiatement, sur le segment inférieur de l'utérus déjà si fragile de par le fait de la prolongation du travail. J'ajoute que si la luxation de la colonne vertébrale et la séparation des deux parties de cette colonne sont relativement aisées, la déchirure des parties molles présente de grandes difficultés.

A côté du crochet mousse, je ne ferai que vous signaler les crochets tranchants tels que ceux de Ramsbotham, de Schultze, de Tibone, dangereux parce qu'ils sont coupants et passibles des mêmes reproches que l'instrument de Braun, en ce qu'ils ne peuvent produire la section qu'au prix de tiraillements et de secousses. *(A suivre.)*

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Instruction publique, en ce qui concerne les sciences : *Institut*, M. Fargo ; *Collège de France*, M. Berthelot ; *Muséum*, M. Frémy ; *Faculté de médecine*, MM. Brouardel et Gaulard (de Lille) ; *Ecole de pharmacie*, M. Planchon.

Distinctions honorifiques. — *Légion d'honneur*. Les décorations suivantes ont été décernées aux médecins ci-dessous à l'occasion de l'inauguration de la Faculté de médecine de Bordeaux par le président de la République : M. le Pr Pitres, doyen de la Faculté est nommé chevalier de la Légion d'honneur de même que M. le Dr Plumeau, directeur des services sanitaires de la Faculté de Bordeaux et M. le Dr Millardet, professeur à la Faculté des sciences. M. le Dr Levieux est nommé officier. — Sont nommés *Officiers de l'instruction publique*, MM. les Prs Jolyet et Vergely; et *Officiers d'académie*, MM. Carles, agrégé, et E. Bornie.

CLINIQUE MENTALE

Folie de l'adolescence. — Instabilité mentale. — Idées vagues de persécution. — Succube ;

Par **Bourneville** et **Sollier** (1).

Voici maintenant les notes qui ont été recueillies sur le malade pendant son séjour à l'hospice. On verra les détails qu'il donne sur les rapports sexuels qu'il prétendait avoir la nuit avec sa mère.

11 *juin*. Le malade donne quelques renseignements sur sa maladie. Il dit avoir adressé une dénonciation au Procureur de la République, et qu'il en prépare une nouvelle dont voici la copie :

A Monsieur le Procureur de la République,

« J'ai l'honneur de vous confirmer la plainte que j'ai portée contre mes parents, Antoine Gaug.... mon père et Célina Baz... son épouse, ma mère, demeurant tous deux rue.... nº 26, chez le commissaire de police de la rue Vicq-d'Azir, qui a dû vous la faire transmettre par la préfecture de police de Paris.

« Je suis toujours resté chez mes parents et n'ai jamais eu aucune difficulté avec eux. J'ai toujours été dans les meilleurs rapports avec toute ma famille. Je suis allé en classe jusqu'à 13 ans 1/2; il n'y a jamais eu de plaintes à former contre moi. Voici le récit de la plainte que je viens vous confirmer et je vous fais connaître en même temps mon transfert à Ste-Anne, rue Cabanis et ensuite à l'hôpital de Santé de Bicêtre où je ne suis que momentanément.

« J'ai à me plaindre d'*actions indécentes réellement exécutées par ma mère de complicité avec mon père, la nuit pendant mon sommeil*, depuis l'âge de 14 ans 1/2. Mais jusqu'ici je n'avais eu que des doutes et ces doutes m'étaient signalés par des *gestes reproduisant ceux de l'incorporation*. Je n'ai jamais pu m'en rendre compte absolument et maintes fois j'ai voulu en faire la déclaration à mes parents. Je fis des remarques de changement de couleur dans leur physionomie. Je crus que je faisais erreur.

Ce n'est que le 15 février dernier que j'en eus la preuve, presque sans chercher à m'en rendre compte cette nuit là, et voici comment. Je sentis une main me touchant la nuit pendant mon sommeil, et une odeur m'éveillant, celle de la morphine, et ensuite j'aperçus deux yeux briller dans l'ombre et me contraignant à me rendormir. *Je sentis quelque chose s'appuyer sur moi, je cherchai à me lever, j'étais attaché dans mon lit, ma mère venait d'exercer sur moi l'incorporation. Elle était étendue sur mon lit, les jambes sur mon ventre* Une nouvelle odeur me suffoqua, celle de la morphine, et me contraignit de nouveau à me rendormir. Le lendemain à mon réveil, une nouvelle odeur encore détourna mes idées et je ne pus encore m'en apercevoir volontairement.

J'étais alors employé chez M. M.... depuis neuf mois par l'ordre de mes parents. Le 20 février je quittai ma place. J'en ignore le motif, et cependant il leur délivra un certificat attestant ma bonne conduite. Ensuite pour prétexte d'avoir une maladie de nerfs, mes parents me conduisent à la consultation du docteur Magnan, à l'asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, lequel docteur fit une ordonnance pour un traitement de quinze jours. J'eus des doutes même en traitement des *mêmes indécences exercées par ma mère pendant mon sommeil*. Nous retournâmes à la consultation dudit docteur, une fois les quinze jours écoulés. Il ordonna alors d'aller à la campagne et de suivre le même traitement. Je fus en Normandie chez mon oncle.

» Ensuite je partis accompagné par mes parents à Paris, Et je leur déclarai que mon intention formelle était de porter plainte contre eux. Je voulais aller porter plainte au commissaire de police. Le soir de notre arrivée mes parents me retinrent en me disant que j'allais recommencer à travailler, à me chercher un nouveau patron. Je suis parti me promener, je rentrai le soir. Je passai la nuit chez eux et la journée du lendemain. Le soir j'allai trouver mon cousin D..., faubourg St-

(1) Voir *Progrès médical*, tome VII, 1888, p. 321.

Denis, pour lui demander un logement ; pour plus de sûreté mon cousin voulut m'accompagner chez mes parents pour leur en demander l'autorisation Ils acceptèrent à la condition de venir me chercher le lendemain pour me conduire à la consultation à St-Anne, mon père vint en effet me chercher, et il voulut me conduire chez nous.

En revenant du chemin de fer le 11 mai, nous avons passé par l'infirmerie du dépôt et ensuite chez le commissaire de police. Après avoir déjeuné le lendemain, je fis ma déclaration au commissaire de police devant mon père ; je fus conduit au dépôt et de là à Ste-Anne. J'avais signalé au procureur de la République, d'Argentan (Orne), la plainte que je voulais former conter mes parents, en lui ordonnant de vous en informer mais d'attendre mon retour à Paris. En le priant de vous informer que je vous demanderais une audience et qu'avant vous feriez prendre à mon arrivée à Paris, le 14 mai dernier des renseignements aussitôt ma plainte portée au commissaire de police et à l'infirmerie du dépôt. *J'affirme que depuis l'âge de 14 ans et demi, j'ai été soumis à ces actes indécents qui n'avaient pour but que d'avancer la fin de mes jours, étant poitrinaire el que ma mère se livrait à ces actions que pour affaiblir son système nerveux, étanl atteinte d'une maladie de nerfs qui pourrait avoir pour conséquence l'idiotisme.* Je l'ignorai complétement jusqu'au 15 février. Du reste le certificat du docteur, ci-joint, vous mettra les preuves en mains. Je viens donc vous demander une audience, de comparaître afin de me faire rendre justice. Je crois utile de vous donner de nouveau les noms des patrons chez lesquels j'ai été employé et chez lesquels j'ai déclaré mes doutes plusieurs fois.

« J'ai été employé chez M. P...., 5 bis, rue M...., où je suis resté pendant dix-huit mois et ensuite successivement chez M. S...., 56 bis, rue L...., ou je fus employé pendant 18 mois et chez M. M...., 16, rue V...., où je fus employé neuf mois. Les deux derniers m'ont délivré un certificat, certifiant ma bonne conduite chez eux.

« J'ose espérer, Monsieur, que vous daignerez agréer ma demande et que vous réserverez bon accueil à ma plainte à laquelle je désirerais donner des suites immédiates. Car je me trouve dans la nécessité de me faire rendre justice, devant mourir dans quelques mois.

Veuillez agréer, Monsieur le Procureur de la République, l'assurance de ma haute considération.

Achille Gaug....
à l'hôpital.

25 juin. Gaug... dort bien la nuit. Il n'a pas de voix, on ne l'électrise pas ici comme à Sainte-Anne. Il reconnaissait qu'on l'électrisait à Sainte-Anne, à ce que les gens qui l'électrisaient changeaient de couleur. Il assure ne pas avoir rêvé depuis son arrivée ici. Dans la journée, prétend-il, il s'est entendu appeler par son nom sans voir les personnes ni reconnaître la voix. Il n'a pas subi encore ici l'*incorporalion.* A Sainte-Anne, il ne l'a pas subie non plus. Chez lui, avant l'incorporation, il sentait tout en dormant des *odeurs* fines qu'il ne peut ni définir ni comparer. — Il n'a pas, depuis son entrée à Bicêtre, d'hallucinations de la vue, de l'odorat, ni du goût.

Il prétend ne pas se masturber, mais on trouve cependant sur sa chemise une large tache de sperme. Il raconte aux autres enfants que chez lui, la nuit (jusqu'à cinq fois par nuit), sa mère se mettait sur lui. Çà allait par gradations, 1, 3, 5. Parfois il y avait des intervalles de huit ou quinze jours. Il n'éprouvait aucun plaisir, et sa mère s'incorporait à lui pour calmer ses nerfs à elle. Son père était probablement d'accord avec sa mère. — De temps en temps il paraît triste, se tient à l'écart des autres enfants, ne les recherche pas, au contraire, et s'ennuie beaucoup. Les autres enfants ne vont avec lui que pour se faire raconter l'*incorporation.*

Le 26 juin il écrit la lettre suivante :

A Monsieur le Procureur de la République.

Monsieur,

Vers le 15 mars dernier, j'étais à Argentan, chez mon oncle; M. L..., envoyé par mes parents pour soigner une maladie de nerfs. Les médecins de la préfecture de cette ville m'informèrent d'un fait que j'avais ignoré jusqu'ici et que je sus alors que *ma mère*, de complicité avec mon père, *exerçait l'incorporation sur moi la nuit pendant mon sommeil* depuis l'âge de 14 ans 1/4. Je vous portai plainte par l'intermédiaire du commissaire de police.

Vers le 8 mai, ma mère vint me chercher pour me ramener à Paris. Je lui déclare alors ce que je venais de faire justifier puis *elle m'offrit de coucher sur les planches. Elle coucha dans mon lil chez mon oncle. De peur d'être soumis aux mêmes attenlals, je ne voulus pas rester chez lui, et je dus me résigner faute d'argent à passer la nuit dans la rue.* Le lendemain je rentrai déjeuner. Toute la famille était rassemblée et en mangeant l'*odeur de la morphine* nous mit tous en excitation. Ma grand'mère sur l'ordre de ma mère voulut me faire faire des gestes, dans le but de m'exciter et d'occasionner des troubles dans la famille. Tout le monde se mit à se bousculer (cette dernière phrase fut prononcée par ma grand'mère). Mon parrain et mon oncle en dernier lieu répétèrent cette seconde phrase entre la parenthèse. Cette dernière proposition leur fut soufflée d'abord par ma mère (ce sont ses propres paroles). Elle s'électrisa d'abord seule, et répéta dans l'oreille de chacun de nous ses locutions et fit tous les signes, nous forçant tous de mouvements. J'affirme, comme ma mère le dit elle même et tout haut, qu'elle ne faisait cela que dans le but de prétendre devant mon père qui devait arriver le lendemain, que j'étais un jeune homme dangereux. Et quand j'eus dit : « allez chercher les gendarmes, elle ne « voulut pas aller les chercher, et moi qui étais tout électrisé, « je me mis à dire ; « Si on ira les chercher. » Mon oncle me dit : « Tu as tort de faire peur à ta mère, locution qui venait de lui être soufflée dans l'oreille par ma mère. J'affirme que ces troubles se sont produits par la morphine, et je crois utile de vous signaler, ce que je fis remarquer à mon oncle L..., à mon parrain Isidore B...., à ma grand'mère Ch. B...., et à ma mère elle même. C'étaient des *changements de couleur.* Ils devenaient *noirs, rouges* et *blancs.* Ma mère déclara elle même au commissaire que c'était elle la directrice de tous ces troubles involontaires. Je dis involontaire, et pour vous le prouver d'une façon incontestable, je prends la liberté de vous dire que la morphine est une odeur qui vous contraint à agir selon le commandement et la volonté d'un seul esprit comme je vais vous l'exposer plus loin.

Etant à table l'on me dit : « Si, fais le. » Ma grand'mère me reprit alors par le bras (ordre de ma mère). Morphine, en me disant : « montre le comme ça à ta mère. » Je ne voulus le faire et alors je devins rouge ; ma mère me dit du le faire, et mon oncle se levant de table (morphine) me prit par le bras et me mit le couteau à la main, en faisant des signes et des gestes. Alors, je répliquai : « Nous sommes électrisés, quoique cela, je ne veux faire aucun geste menaçant. Seulement la morphine me force à le faire. Je le fais dans le but unique (soufflé), de ne pas me faire de mal, car je prétends que la morphine est la seule cause, et je déclare en outre que mes idées ne correspondent nullement avec celles qu'on me donne en ce moment. » On m'approuva tout d'abord.

Je ne fis pas, puis on me fit des signes en me disant. « fais le exprès. » Alors, je le fis par la raison ci-dessus. La famille s'effraya, d'elle-même, se mit à dire à ma mère : « Tu n'es qu'une méchante. Tu ne peux pas dire que c'est lui qui s'excite, c'est la morphine », (cette dernière phrase était répétée intérieurement par moi). J'approuvai. Je voulus encore qu'on allât chercher les gendarmes. Ma mère ne voulut point, la famille s'y opposa, et leur fit la même déclaration. Nous étions toujours électrisés, et l'on me souffla dans l'oreille : « dis que tu veux être enfermé dans la tour ». Je ne voulus point avant l'arrivée du commissaire.

Toute cette pantomime fut commandée par ma mère, aidée par la morphine. Les gendarmes étaient aussi électrisés et m'enfermèrent sur l'ordre de ma mère dans la tour. Au bout d'une demi-heure, le commissaire vint. Je voulus être conduit à l'hôpital d'Argentan à mes frais. Après que je lui eus exposé le fait, je vous priai d'ouvrir une enquête sur ce qui venait de se passer. Je restai huit jours dans cet hôpital où je n'ai fait aucun bruit. M. P...., médecin, délivra un certificat comme par lequel j'étais atteint de monomanie.

Je déclare que ce certificat a été délivré à tort. Mes parents,

vinrent tous deux à l'hôpital avec mon oncle, ma grand'mère et ma marraine simultanément. J'ajoute qu'en sortant de cet hôpital le 13 mai, mes parents se sont servis de la morphine pour me conduire au chemin de fer et que j'ai été détourné de mon intention, qui était d'aller trouver le commissaire de police. Car en venant à la gare, j'ai remarqué des *changements de couleur* sur mon oncle, ma marraine et mes parents eux mêmes, et de temps; je crus qu'il neigeait (soufflé), puis qu'il pleuvait (soufflé). Il faisait très beau. Les sœurs et les militaires furent aussi électrisés et j'en conclus que je suis venu à Paris par la morphine. Mes parents voulaient recommencer les mêmes manœuvres. Permettez-moi d'ajouter une phrase complètement en dehors de mon discours, mais à laquelle j'attache cependant une grande importance. Je vous le déclare franchement, la morphine est un abus, et la justice en pareil cas ne dispose pas des moyens de rendre la justice bonne, juste et humanitaire et prend le côté de la liberté. Pour que la justice soit rendue humanitaire par la loi, il faut qu'elle entrave la liberté dans une faible proportion. Donc, il n'y a pas d'humanité, il n'y a pas de justice.

Ayant porté plainte contre mes parents à Paris et étant sur le point d'aller en audience, je viens vous prier de me faire connaître le résultat de cette enquête afin que je puisse prouver que ces faits sont involontaires et que la monomanie n'entre pour rien dans cette affaire. Vous remerciant d'avance, veuillez agréer, Monsieur le Procureur, l'assurance de ma haute considération.

Achille Gaug.....
à l'hôpital de Bicêtre,
Bicêtre (Seine).

Le même jour, 26 juin, il adresse la lettre suivante :

A Monsieur le Préfet de Police.

Monsieur,

J'ai porté plainte il y a un mois contre mes parents, les nommés Antoine G...., fermier et Célina B...., son épouse, ma mère demeurant rue S....., n° 26, en arrivant à Paris (Je fus envoyé à Sainte-Anne et ensuite à Bicêtre), j'avais à me plaindre *d'attentats à la pudeur commis par ma mère*, de complicité avec mon père depuis l'âge de 14 ans 1/2. Là je réclamai à mes parents de me restituer tout ce qui m'appartenait chez eux. Ils ne voulurent point et me déclarèrent qu'ils me le remettraient lorsque je leur réclamerais. J'ai déjà une montre en argent avec chaine et médaillon en argent et un couteau monture cuivre qui ont été expédiés par les soins du commissaire de la ville d'Argentan (Orne) au mont de piété à Paris. Je voudrais faire enlever tout ce qui est à moi chez mes parents, consistant en livres, effets d'habillement et linge.

Je viens donc vous prier de faire prendre les mesures nécessaires pour faire déposer en lieu sûr tous mes biens en attendant une audience prochaine. Je désirerais si cela était possible assister à la reconnaissance pour éviter toute erreur ou toute confusion.

Espérant que vous réserverez bon accueil à ma demande, veuillez agréer, Monsieur le Préfet, toute l'assurance de ma parfaite considération.

Achille G....,
à l'hôpital de Bicêtre,
Bicêtre (Seine).

On voit par la première de ces lettres que notre malade était sujet à toutes sortes d'hallucinations, de la sensibilité générale, de l'odorat, de l'ouïe, de la vue, et dans ce dernier cas probablement en outre à de fausses interprétations. Les deux lettres prouvent aussi en quelle aversion il avait pris ses parents et surtout sa mère qu'il accusait d'être son *incube*.

24 juillet. Quoique le malade prétende qu'il ne se touche pas, on trouve sur sa chemise de nombreuses taches de sperme. Les fonctions digestives sont bonnes, sauf un peu de constipation. Le sommeil est mauvais. Du moins, prétend-il qu'il ne dort pas, mais il n'aurait pas de visions. Il ne paraît pas avoir d'hallucinations de la vue ni de l'ouïe. Il ne sent plus l'*odeur de la morphine* dont sa mère se servait pour l'*incorporation*. Pas d'hallucinations du goût. Pas d'idées de persécution.

26 juillet. Dans une lettre à ses parents datée de la veille, il écrit: « Il paraît que j'ai de l'argent ici, mais je demande à l'avoir. On veut me le voler, à ce que l'on me répond. » Hier à la classe il a réclamé « ses 1.500 fr. », disant: « M. le Docteur me les a apportés. » Quand on lui demande qui est-ce qui a voulu voler son argent, il répond: « On dit ça dans la cour », et quand on lui demande quels sont les enfants qui le lui disent, il répond « *qu'il ne les voit pas, qu'il les entend dans la cour.* » On lui a fait mettre le manchon pendant la nuit. Il menace de ne plus travailler si l'on continue, et persiste à nier qu'il se masturbe. Hier, en réclamant à la classe son argent, il s'est *excité* peu à peu et on a dû le faire monter à l'infirmerie. Il se livra à des *gestes obscènes* et proféra des injures contre l'instituteur. Ce matin il eut un *accès d'excitation* contre le sous-surveillant.

Si on le pousse à travailler, il dit qu'il a mal à la tête. Interrogé à ce sujet, il répond qu'il n'a pas mal à la tête.

Voici les deux lettres qu'il adresse à ses parents les 25 et 26 juillet, envers lesquels il témoigne de sentiments plus affectueux que précédemment.

Paris, 25 juillet 1884.

Chers parents, je vais toujours la même chose. Le médecin m'a ordonné des douches. On ne va pas en promenade. Il paraît que j'ai de l'argent ici, mais je demande à l'avoir. On veut me le voler à ce qu'on répond. J'ai besoin de sortir en permission car je m'ennuie dans Bicêtre. Je voulais vous écrire plutôt, mais les uns et les autres vous en empêchent, et avec toutes les difficultés qui se présentent je n'ai pu le faire. Si vous voulez que je demande une permission écrivez-moi par retour du courrier et je vous dirai pour quand je l'aurai obtenue. Alors vous m'apporterez mes effets le matin et je sortirai. Ou demandez-la dimanche. Je voudrais bien aussi un carnet et un crayon et un livre pour lire et écrire. Je vous souhaite une bonne santé et vous embrasse de tout cœur.

Votre fils,
Achille G....

Bicêtre, le 26 juillet 1884.

Chers parents, le médecin ne voyant rien à faire qu'à me faire prendre des douches, je crois qu'il est inutile que je reste ici. Il paraît que j'ai de l'argent ici. Alors je préfère aller à la campagne, plutôt que de rester ici, mal nourri, mal vêtu et embêté par tous ces gens là. Quand vous viendrez faites-moi sortir, je n'ai pas besoin de rester ici. Je n'y ai rien à faire.

Veuillez agréer, mes sentiments dévoués,

Achille G....

Je vous attends dimanche. Je voudrais bien vous parler.

Le même jour il adresse la lettre impérative suivante au commissaire de police :

Monsieur le Commissaire de Police,

Je vous prescris de me faire savoir dans le plus bref délai, si vous avez en dépôt une somme d'argent au nom de Gaug.... Achille, âgé de 23 ans, né le 12 mai 1861, à Saint-Layer, que je vous avais donnée le 15 mai dernier ou qui vous aurait été transmise par M. le commissaire d'Argentan (Orne). C'est moi qui avais porté une plainte dernièrement. Je suis maintenant résidant à Bicêtre à l'hôpital.

Veuillez agréer, mes remerciements et recevoir l'assurance de ma considération.

Achille Gau....

Je vous prierai, de la faire remettre à Bicêtre, le plus tôt possible à moi-même. Les frais seront à ma charge en mandat-poste.

A. G.

1er août. Même état. On lui a mis le manchon tous les soirs. Sa chemise n'est plus tachée, non plus que ses draps. Il dort fort bien, contrairement à ce qu'il prétend. Il réclame toujours son argent. Les 1500 fr. se réduisent ce matin à 200 fr. — Il prétend que c'est de l'argent envoyé à son oncle d'Argentan pour lui, et il prend un air narquois quand on l'interroge sur ce point. Il n'a pas commis de violences

*

ni eu d'accès de colère. Sa tenue est assez bonne. Il travaille assez bien à l'école et à l'atelier de tailleur.

16 *août*. Le dimanche 3 août ses parents sont venus le voir. Il les a appelés ânes, et s'est plaint de la maison, de la nourriture, du médecin. Le 10 août ses parents sont revenus. Il leur a reproché de ne pas le faire sortir alors que lui leur avait fait gagner plus de 3000 fr. Le 16 août sa mère étant venue le voir, il arrive, se laisse embrasser par elle mais l'embrasse à peine, et paraît peu touché de sa venue.

Il n'a plus écrit de lettres depuis le 26 juillet. Il est assez obéissant à l'école et à l'atelier. Interrogé sur ses habitudes d'onanisme, il nie énergiquement. — Mais sa chemise qu'il a depuis le 10, est maculée de nombreuses taches de sperme. — Il dit qu'on lui a retiré le manchon depuis quatre ou cinq jours, quoique aucun ordre n'ait été donné à cet égard.

15 *septembre*. Le 13 septembre G... escalade une fenêtre du gymnase à 2 heures de l'après midi et se dirige sur Paris, avec neuf sous en poche. Il arrive au Palais-Royal et achète pour cinq sous de jambon et quatre sous de pain. Il marche toute la nuit sans parler à personne, dit-il. Le lendemain il reprend le chemin de Bicêtre et rentre par la grande porte. Il dit s'être évadé parce qu'il avait besoin d'air, ayant été privé de promenade le matin.

6 *novembre*. Depuis 10 jours il refuse d'aller travailler à l'atelier de tailleur. — Quand son père lui parle de ses anciennes idées il détourne la conversation d'un air ironique. Quant à l'onanisme, malgré ses dénégations, on trouve encore de nombreuses taches sur sa chemise. On continue, mais en vain, à lui mettre le manchon.

Nous donnerons dans un prochain numéro quelques renseignements sommaires sur les phénomènes observés en 1886 et 1887 jusqu'à sa sortie et nous ferons ressortir les points principaux de cette observation.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Coloration des tissus à l'état vivant.

C'est seulement depuis peu que la physiologie générale s'occupe des réactions des tissus à l'état vivant et déjà les recherches faites sont nombreuses et de la plus haute portée; elles animent et rendent vivante l'anatomie générale. Les deux sciences se pénètrent et s'éclairent l'une l'autre : ainsi s'ouvre plus d'une voie neuve dont on ne peut encore prévoir l'avenir.

Les fécondes recherches du laboratoire de Paul Bert ont montré sur les tissus l'action de la lumière, de l'électricité et des autres formes de l'énergie. L'influence des hautes pressions a été étudiée par le professeur Regnard. Celle des anesthésiques par le professeur Raphaël Dubois. C'est dans cet ordre d'idées qu'il faut ranger les expériences faites pour suivre le trajet et les modifications des substances colorées introduites dans l'organisme. Il y a déjà longtemps que l'on a essayé de colorer les tissus vivants. La fixation de la garance sur les os a été tentée par Duhamel en 1739. A ce propos, nous trouvons dans une des conférences du marquis Tseng que des procédés semblables de coloration était connu des Chinois de toute antiquité. Mais c'est seulement dans les travaux récents du professeur Erlich que l'on trouve une véritable méthode d'investigation et un ensemble de faits déjà considérable.

Nous avons fait, sur ce sujet, quelques recherches personnelles, communiquées en partie à la Société de biologie, à l'Association philotechnique et dans la thèse de doctorat de M. Talat (1), et nous voudrions dire quelques mots de cette méthode qui nous paraît appelée à un grand avenir.

D'abord un mot d'historique. Laissons de côté les colorations expérimentales obtenues avec des substances minérales telles que le plomb avec lequel E. Heckel (2) a coloré les cellules des ganglions cérébroïdes des Mollusques, ou l'argent qui a donné à Huet (3) une coloration noire des cellules du duodénum. C'est en effet aux couleurs végétales et aux couleurs d'aniline que l'on doit des résultats de beaucoup les plus importants.

Les recherches de Duhamel sur la garance ont été reprises par Flourens, Serres et Doyère, par Heckel (*loc. cit.*) qui a montré que le curcuma, l'hématoxyline et d'autres substances végétales avaient les mêmes élections que la garance. Tout cela joua même, au commencement du siècle, un rôle important en philosophie. Quand Bichat, en 1800, eut établi, dans ses recherches sur la vie, que la vie organique présente « un double mouvement de molécules, dont l'un compose sans cesse et l'autre décompose l'animal », on chercha, dans les expériences de Duhamel, le moyen de mesurer la durée de ce circulus. Plusieurs physiologistes crurent pouvoir dire que l'être vivant se renouvelait tout entier en sept ans. Magendie s'éleva même contre ces hypothèses exclusives et fit remarquer que les molécules de garance pouvaient-être déposées et reprises au bout d'un certain temps, sans changement nécessaire du parenchyme qui les contenait.

Mais ces faits ne s'appliquent qu'à la substance intercellulaire des os et des cartilages. Il n'en est pas de même des essais de coloration qui ont été tentés sur les animaux inférieurs. Dujardin (4), en 1835 et 1841, se servit de carmin précipité dans une goutte d'eau; ceci lui montra que les Euglènes, les Kolpodes et beaucoup d'infusoires ciliés, contrairement aux Monades qui absorbent par toute leur surface, n'absorbaient que par un point déterminé, une véritable stomate. Mer, K. Brandt, Henneguy et plus récemment A. Certes (5) ont pu délimiter ainsi les vacuoles des infusoires. Ce dernier auteur, en servant du bleu C²B, du vert acide de Poirrier et de divers autres bleus de la série C. de Poirrier, a réussi à colorer à l'état vivant des huîtres dont la coloration produite en quelques heures persistait plusieurs jours sur le mollusque replacé dans son parc. L'an dernier M. Certes a coloré ainsi un certain nombre de micro-organismes végétaux. C'est la reproduction expérimentale de ce qu'on observe dans certaines sources où la coloration souvent très marquée de fond ou de l'eau est dûe à des végétaux inférieurs qui ont absorbé et fixé les principes colorants tenus en dissolution même très faible dans l'eau de ces sources.

Si, des animaux inférieurs, nous passons aux élé-

(1) M. TALAT. — Recherches sur la coloration des tissus chez les animaux vivants au point de vue histologique. Th. Paris, 1886.

(2) E. HECKEL. — Phénomène de localisation dans les tissus animaux. *Journal de l'Anatomie et de la Physiologie*, p. 582, 1875.

(3) HUET. — Recherches sur l'Argyrie. Th. doctorat, 1873.

(4) DUJARDIN. — Histoire naturelle des zoophytes infusoires. Paris, août, 1841, p. 72.

(5) A. CERTES. — Société de Biologie. Comptes rendus hebdomadaires, n° 16, p. 206, 1886.

ments des animaux supérieurs, nous voyons que ceux sur lesquels ont porté les essais de coloration à l'état vivant sont précisément les leucocytes qui se rapprochent le plus de l'état des infusoires libres. En injectant dans les sacs lymphatiques de la grenouille du carmin d'indigo, comme l'ont fait Von Vittich (1874), Julius Arnold (1875) et différents autres auteurs, ou du carmin de cochenille comme l'ont fait Pouchet et Legoff en 1875 (1), on observe une série de phénomènes des plus intéressants. D'abord, et pendant les premiers jours qui suivent l'expérience, les leucocytes du sang charrient la substance colorante à l'état de grains; ensuite, et à la longue, certains tissus se colorent, et ce sont principalement les tissus fibreux qui prennent une teinte diffuse, et les noyaux des épithéliums glandulaires qui se colorent manifestement. Nous verrons plus loin le parti que l'on a tiré de ce dernier détail. Arrêtons-nous un instant sur la transmission des particules colorantes par les voies lymphatiques.

Nous venons de voir que les matières insolubles étaient charriées par les leucocytes, les matières solubles chargent également le sérum ainsi que certaines émulsions très fines.

Quand Recklinghausen (1862) eut injecté au bœuf les lymphatiques du centre phrénique, un grand nombre d'auteurs s'attachèrent à constater l'absorption soit du bleu de Prusse comme Ludwig et Schweiger Seidel (1867), soit de l'encre de Chine, soit de l'albumine colorés par différents procédés, et en particulier par les couleurs d'aniline comme l'ont fait Dubar et Rémy en 1882. Cette méthode a donné des résultats histologiques importants en permettant d'obtenir l'injection naturelle des sinus péri-folliculaires des ganglions lymphatiques. Mais le procédé n'est pas là utilisé au point de vue chimique. Il n'en est pas de même dans les expériences suivantes.

La coloration des noyaux des épithéliums a surtout été employée par Heidenhain (2) dans ses recherches sur l'anatomie et la physiologie du rein; il a obtenu par l'injection dans le sang d'une solution d'indigo, la coloration de l'épithélium à bâtonnets; mais à la condition qu'on supprime les vaso-moteurs par section de la moelle cervicale. Les glomérules ont été aussi colorés par l'injection de carmin ammoniacal par Vittich (3) et un certain nombre d'autres auteurs (Dubar et Rémy), avec cette différence que lorsqu'on ne sectionne pas la moelle et qu'on ne modifie pas la circulation, c'est surtout le glomérule qui paraît se colorer et non le labyrinthe. Dans les recherches que nous avons faites avec M. Talat, nous avons pu constater une coloration diffuse du rein comme des autres organes, par l'injection sous-cutanée ou intra-péritonéale du bleu de méthyle, chez les rats et les cobayes; en le mêlant à la nourriture des rats et des lapins, on obtient une élection bleue sur le glomérule. Si on emploie au lieu du bleu la fuschine, le rein entier se colore en rouge vineux. Sur les coupes, l'élection se décompose ainsi: le labyrinthe est teint en rouge diffus, les glomérules en rouge plus foncé, les noyaux des cellules présentent une élection nette sur les coupes examinées fraîches.

Mais un fait remarquable, c'est le suivant: par l'injection intra-péritonéale de bleu de méthyle chez les cobayes, on obtient une coloration *rose carminée* du glomérule. Sur les grenouilles placées dans une solution faible de bleu de méthyle, dans laquelle ces animaux peuvent vivre plusieurs jours, on constate l'imprégnation bleu des tissus, mais dans les glomérules a viré au rouge carminé, au rose, ou au jaune ocreux; les noyaux des cellules du bouquet glomérulaire présentent la même teinte que le reste du glomérule, mais beaucoup plus accusée. Chez le rat, nous n'avons pu obtenir le virage du rouge au bleu au niveau du glomérule. Il résulte pourtant de ceci que dans certains cas le glomérule possède une réaction oxydante et un pouvoir réducteur assez marqués, car le bleu de méthyle est une couleur relativement difficile à réduire. Ce fait indique que la circulation dans les capillaires étalés du bouquet glomérulaire amène sur un même point une grande quantité de sang oxygéné, et fait du glomérule, non pas un simple filtre, mais un véritable appareil réducteur. M. Gréhant (1) a indiqué d'ailleurs combien pouvaient être multiples les échanges chimiques qui se passe au milieu du rein.

L'anatomie comparée montre que chez les reptiles le sang revenant de la queue est collecté par une veine volumineuse, c'est du sang noir qui va irriguer les glomérules, il en ressort par la veine rénale qui contient non pas du sang noir mais du sang rouge, ainsi se trouve constitué le système porte rénal.

Le rein, dans ce cas, est un véritable appareil réducteur, et c'est la disposition des vaisseaux du glomérule largement développé chez ces animaux qui favorise ces échanges chimiques. Le sang venant des muscles de la queue ne va pas s'oxyder au poumon mais directement au rein.

Erlich (2), dans un premier travail en 1885, étudia d'une façon beaucoup plus complète qu'on avait fait jusqu'avant, les effets obtenus par les substances colorées introduites dans l'organisme, en se fixant nettement comme but la recherche du degré d'oxygénation des tissus. Il se servit des injections intra-veineuses de la façon suivante. En introduisant dans l'organisme deux corps, dont la synthèse donne lieu à un produit coloré, bleu d'indo-phénol, et ne peut se faire que dans un milieu faiblement oxygéné, on arrive, lorsqu'on a la connaissance précise du degré d'oxygénation voulu, à obtenir colorés par le produit résultant de la synthèse, un certain nombre de tissus dont on connaît, par cela même, la teneur en oxygène. D'autre part, en injectant de la même façon des composés facilement réductibles (bleu d'alizarine, on peut établir une échelle d'oxygénation. Ainsi on a constaté le pouvoir réducteur très marqué du poumon, de la

(1) Pouchet et Legoff. — Mémoires de la Soc. de Biologie, décembre. 1875.

(2) Heidenhain. — Anat. und. physiol. der Nieren. Arch. f. micro cop. Anat. T. X, 1875, p. 1, planche 21.

(3) Vittich. — Physiolol. der Nieren. Arch. fur mickrosp. Anat. 1875. p. 74.

(1) Gréhant. — Sur l'activité physiologique du rein. Comptes rendus de la Soc. de Biolog. 1879.

(2) Erlich. — Du besoin d'oxygène. — An. Schlemmer in *Journ. des Connaiss. méd.*, n° 10, p. 77, 1888.

substance corticale du rein et de la muqueuse de l'estomac, qui est acide. Le muscle, le foie et les glandes ne viennent qu'ensuite.

C'est ce premier travail qui a conduit Erlich (1) à ses découvertes si remarquables qui tendent à constituer, non pas seulement un nouveau procédé technique, mais une nouvelle méthode dont la portée nous échappe encore. Dans ce travail, qui a été analysé par toute la presse médicale, il y a deux ans, l'auteur a prouvé que la méthode des colorations des nerfs à l'état vivant, très facile à obtenir chez les animaux à branchies placés dans un bain coloré faible, donnait des résultats bien supérieurs à tous les autres procédés, même à la coloration par l'or, sauf pour les terminaisons des fibres musculaires striées. Nous avons pu colorer ainsi les nerfs et les ganglions du voile du palais de la grenouille entr'autres, en suivant les données d'Erlich et en employant le bleu de méthyle de la façon la plus nette. Les nerfs situés autour des glandes cutanées de la grenouille s'obtiennent également bien. Le cristallin, qui ne se colore pas par le bleu, fixe bien la fuschine. Les cellules pigmentaires de la grenouille et du têtard, les glandes de la peau et du gros intestin des mêmes animaux se colorent également en rose.

En laissant de côté les résultats obtenus avec la fuschine, nous pouvons nous demander quelle est la raison anatomique du pouvoir réducteur inégal des différents tissus pour les colorations bleues. Nous serons amené assez vite à conclure que la cause de ces différences c'est l'inégalité de la répartition de l'hémoglobine dans les tissus vivants. En effet, dans les combustions qui se passent dans le sein de l'organisme, ce n'est pas toujours l'oxygène apporté par le globule rouge qui est immédiatement employé. Au contraire, les cellules possèdent, dissoutes dans leur cytoplasma, une quantité véritable d'hémoglobine qui fournit l'oxygène nécessaire aux premières combustions. L'hémoglobine du sang ne fait que la remplacer au fur et à mesure des besoins, mais il existe toujours une charge d'oxygène à épuiser, qui appartient en propre au tissu.

Le fait est évident et bien connu pour les fibres striées du cœur et des muscles qui ont leur hémoglobine propre et visible ; on sait que c'est elle qui donne à ces tissus leur coloration rouge. Pour les autres tissus il peut être facilement constaté par la présence dans le corps même de leurs cellules de l'hématine et des granulations du pigment sanguin qui sont des résidus de l'hémoglobine brûlée.

Quelque difficulté que l'on fasse pour admettre l'existence d'un corps par ses résidus, les accumulations de grains pigmentaires des cellules géantes du cerveau et de la moelle qui peuvent former des masses comme le *locus niger* et qui sont constantes à partir d'un certain âge, et la pigmentation des cellules de l'épiderme privé de vaisseaux chez les nègres, ne peuvent se comprendre, si l'on admet pas que ces cellules ont une teneur en hémoglobine beaucoup plus faible, il est vrai, que celle des cellules musculaires, mais de même nature que celle qui amène la pigmentation de la fibre cardiaque.

(1) ERLICH. — Sur la réaction de la substance nerveuse vivante. — *Deustch medicin. Wochense.* 1886, nº 4, p. 49. 28 janvier.

Dans le mésoderme, la pigmentation des cellules du derme qui s'observe autour des vaisseaux, celle des cellules interstitielles du testicule et de l'ovaire ; celles qu'on observe dans les cellules des bourgeons charnus et des plaies en réparation sont des faits de même ordre, faciles à distinguer de la pigmentation des cellules qui environnent un foyer hématique et qui est secondaire à la résorption, par ses éléments, de l'hémoglobine passée à l'état de résidu. On serait ainsi amené à admettre une classe de cellules conjonctives à hémoglobine à côté des cellules plasmatiques de Waldeyer et des cellules d'engraissement (Mastzellen) de Erlich.

Ces tissus, dans lesquels on constate par leur pigmentation une teneur plus ou moins grande en hémoglobine, sont précisément ceux dans lesquels le pouvoir réducteur est, en général, le plus marqué pour les substances colorantes. Ainsi les deux méthodes se contrôlent et se confirment l'une par l'autre. Mais la première est de beaucoup la plus importante, car elle en réalise d'une manière très élégante des réactions chimiques sur l'individu vivant. On peut déjà mesurer la tension en oxygène des différents tissus, sans les isoler, sans qu'ils cessent de faire partie de l'ensemble vivant ; à leurs différents états d'activité physiologique. Il est probable que ce qui se fait en ce moment pour l'oxygène et l'acide carbonique se pourra faire pour des composés complexes qu'on pourra ainsi saisir à leur passage. Il y a là en germe toute une nouvelle méthode d'analyse biologique. Alex. PILLIET.

Hôpital Bichat : Cours de M. Huchard.

(Clinique et thérapeutique médicales).

C'est dimanche 29 avril, à neuf heures et demie, que M. HUCHARD a ouvert son cours d'été. Après avoir franchi la nouvelle voie ferrée que les ingénieurs ont eu l'*ingénieuse* idée (ne sont-ils pas ingénieurs ?) de coller sous les fenêtres et sur le sol d'un établissement dont le repos constitue la première condition, nous avons assisté à cette première séance.

C'est la *tension artérielle* qui fait l'objet des conférences de cette année. Il ne s'agit plus là, comme nous l'avons si souvent entendu répéter par des médecins qui ne sont pas les premiers venus, d'expériences physiologiques bonnes, disait-on, à demeurer au laboratoire et à n'en point sortir. Tout au contraire, c'est la réhabilitation des recherches expérimentales au profit de la clinique vraiment pratique, et, n'en déplaise aux esprits étroits, de la thérapeutique appliquée. Les recherches de Marey, Cl. Bernard, Vulpian servent maintenant à l'appréciation diagnostique et pronostique ; la toxicologie et la thérapeutique expérimentales viennent leur donner la main sur le territoire pharmacodynamique de la médicamentation. Tant il est vrai que la recherche ne doit jamais, sous aucun prétexte, être réfrénée. Tôt ou tard, une des connaissances humaines dans une branche quelconque vient enrichir le bagage du praticien. Ecoutez plutôt. Il existe, dit M. Huchard, deux espèces de pseudo-asthme cardiaque ; l'un, caractérisé par une exagération de la tension artérielle ; l'autre, dans lequel on constate une diminution de cette tension. Le premier est d'origine artérielle (altération du système depuis l'organe central), le second est d'origine mitrale. La cardiopathie artérielle est justiciable des médicaments déplétifs (saignée, régime lacté) ; la cardiopathie mitrale réclame la digitale. Il existe encore des individus qui, de par l'hé-

rédité, ou sous l'influence de simples écarts de régime, présentent de l'hypertension artérielle ; celle-ci se traduirait dans le cours de leur vie par de l'angine de poitrine, de la néphrite interstitielle, de la glycosurie, de l'hémorrhagie cérébrale. *A fortiori*, l'importance de la tension artérielle mérite-t-elle un examen attentif dans les maladies aiguës.

C'est à l'étude de la *diminution de la tension artérielle* dans les pyrexies et spécialement dans la *fièvre typhoïde* que la présente leçon est consacrée. Naturellement son substratum se trouve constitué par des observations. M. Huchard démontre que, tandis que l'enregistrement de la chaleur centrale donne uniquement la mesure et non la cause de la gravité de la maladie, celui de la tension à l'aide du sphygmodynamomètre de Busch, Potain, Huchard, révèle l'état réel du malade. L'hypotension caractérisée par de l'accélération (150, 160 et davantage) d'un pouls faible— de l'embryocardie (tic-tac du cœur fœtal) — de la tachycardie — un bruit de galop différant de celui de l'hypertension —, présage un collapsus brutal (oppression des forces, refroidissement périphérique, syncope, asphyxie mortels). La physiologie nous en explique le mécanisme éclairé par l'autopsie : congestions viscérales par affaiblissement du cœur central et paralysie vasculaire périphérique. Vous administrez des injections sous-cutanées de caféine afin de relever l'action du cœur central, et de l'ergot de seigle afin de solliciter la contractilité des vaisseaux périphériques,et vous empêchez le malade de mourir.

Telle est la science des indications cliniques, telle est l'application de découvertes qu'on a pu croire dans un temps exclusivement platoniques. Quel argument en faveur des laboratoires de toute nature, quel thème en l'honneur des cliniciens de bon aloi! Ce résumé prouve que M. Huchard expose clairement. Nous lui ferons cependant une remarque. Pense-t-il que les élèves assemblés pour l'entendre sont à ce point familiarisés avec la physiologie, qu'un petit tableau synthétique, préparé à l'avance et affiché sur le tableau noir ne viendrait pas à point nommé leur rappeler la partie non clinique du cours sans laquelle les questions de tensions peuvent présenter une certaine obscurité? Nous lui signalons cette lacune.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 avril 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. Boucheron décrit une nouvelle opération, la *mobilisation de l'étrier, pour les graves ou anciennes surdités par compression labyrinthique* (*otopiésis*). Cette opération est applicable lorsque l'étrier est immobilisé dans une position vicieuse d'enfoncement vers le labyrinthe et lorsque cet étrier tend à s'ankyloser dans la fenêtre ovale, en rendant persistantes la compression labyrinthique et la surdité qui en résulte. La mobilisation de l'étrier est chirurgicalement possible : elle rétablit la fonction auditive proportionnellement à ce qui reste de nerf acoustique. M. Boucheron a pratiqué déjà 35 opérations de ce genre et il en a obtenu des résultats très satisfaisants. L'opération est utile dans certaines surdités héréditaires et progressives, dans un grand nombre de surdités avec vertiges et bourdonnements (mal de Ménière), dans certaines surdités infantiles conduisant à la mutité, certaines surdités progressives de la vieillesse, etc. L'opération donne des résultats immédiats : elle est comparable à l'opération du glaucome, parce qu'elle décomprime le nerf sensoriel ; elle est comparable aussi à l'opération de la cataracte, puisqu'elle enlève un appareil de perfectionnement devenu nuisible.

MM. Hénocque et G. Baudouin étudient, au moyen des analyses hématoscopiques, les *variations de la quantité d'oxyhémoglobine et les modifications dans la réduction de cette substance au cours de la fièvre typhoïde.* Aux périodes des températures élevées correspondent des périodes de diminution de l'activité de réduction, ce qui s'observe principalement dans les premiers septenaires. A la défervescence de la température correspond une augmentation progressive de l'activité de réduction qui se rapproche de la normale ; mais les rechutes, en ramenant l'élévation de la température, produisent immédiatement un ralentissement dans cette activité de réduction. L'intensité de la fièvre amène donc une diminution simultanée de l'activité des oxydations.

MM. Gréhant et Quinquaud adressent une note sur le *dosage de solutions étendues de glucose par la fermentation.* Les dosages exécutés jusqu'ici, d'après cette méthode, sont entachés d'erreur : en comptant, en effet, l'acide carbonique total, on comprend d'une part celui qui provient de la fermentation du glucose et, d'autre part, celui qui résulte de la vie de la levûre seule. En modifiant la méthode, on peut la rendre très sûre et l'appliquer au dosage du glucose contenu dans les liquides de l'organisme.

M. J. Blake signale les *relations qui existent entre l'atomicité des éléments inorganiques et leur action biologique.* Il a déjà démontré autrefois que l'action biologique des substances organiques était déterminée par l'élément électropositif du sel employé, qu'elle se lie d'autre part aux rapports isomorphiques des éléments. Aujourd'hui, il établit un nouveau lien entre l'atomicité, la constitution chimique des éléments et leur action sur les tissus. Suivant que ces éléments sont mono, bi, tri, ou tétratomiques, leur influence biologique est différente.

M. Bertin-Sans montre que le *spectre de la méthémoglobine acide* doit être définitivement considéré comme constitué par quatre bandes.

MM. A. Gautier et Drouin continuent leurs recherches sur la *fixation de l'azote par le sol et les végétaux.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 28 avril 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Laborde, à propos de la communication récente de M. Liebreich (de Berlin), estime qu'on ne doit pas donner le nom d'anesthésiques locaux aux substances qui abolissent la sensibilité en détruisant les filets nerveux. Les seuls anesthésiques sont ceux qui, soit directement, soit par action inhibitoire, empêchent les transmissions sensitives aux centres nerveux.

M. d'Arsonval présente un instrument permettant de maintenir le chlorure de méthyle liquide pendant trois heures.

M. Quinquaud présente une note de M. Butte sur l'*action des injections intra-veineuses de glucose* ; — M. Dastre présente une note de M. Touyr (de Copenhague) sur les *matières albuminoïdes du sang et leur origine* ; — M. Gley présente une note de M. Lambling sur l'*action réductrice de l'indigo blanc sur l'oxyhémoglobine du sang*; — M. d'Arsonval présente une note sur un *nouveau procédé calorimétrique.* Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

Election d'un membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales. Votants : 75. Majorité : 38. Au premier tour de scrutin, M. d'Arsonval est élu par 51 suffrages, contre M. Quinquaud 16 ; M. Riban 3 : M. Hardy 1.

M. Bourgoin, après avoir rappelé qu'en France aucun médicament n'est brevetable, et qu'en Allemagne l'antipyrine a été l'objet d'un monopole injustifiable, annonce que l'Assistance publique a décidé de délivrer la diméthyloxyquinizine sous le nom d'*analgésine.*

M. Lancereaux fait une communication sur *le diabète sucré avec altération du pancréas.* Le diabète sucré, tel qu'il est compris aujourd'hui, n'est pas une maladie uni-

voque ; cette dénomination sert à désigner des formes morbides diverses. Parmi ces formes, il en est une qui, par son début brusque, ses manifestations symptomatiques accentuées, son évolution rapide, et avant tout par la maigreur qu'elle détermine et la lésion pancréatique qui l'accompagne, constitue un type nettement défini, c'est le type que M. Lancereaux désigne sous le nom de diabète maigre ou diabète pancréatique. A côté de ce type, il en est un autre non moins distinct, beaucoup plus commun que le précédent, celui-ci essentiellement héréditaire, se manifeste tout d'abord par un embonpoint qui persiste, accompagné de lésions pancréatiques. Les symptômes sont beaucoup moins accusés que ceux du diabète maigre, sa marche est lente, sa durée indéterminée; c'est un syndrôme s'ajoutant à d'autres états pathologiques et, la plupart du temps, à des manifestations articulaires chroniques. C'est le diabète gras ou diabète constitutionnel. Un troisième type se montre parfois à la suite d'un ébranlement du système nerveux, d'un traumatisme ou d'une vive commotion cérébrale, il est purement accidentel et se distingue par des symptômes relativement légers, par une évolution et une durée variables, puis par une certaine tendance à la guérison; ce diabète traumatique ou nerveux est la forme la moins grave.

M. G. Sée fait une communication, en son nom et au nom de MM. A. Mathieu et R. Durand-Fardel, sur l'*hyperchlorhydrie et l'atonie de l'estomac*. Au mois de janvier, M. G. Sée signalait à l'Académie l'importance de l'étude chimique des dyspepsies et de la recherche de la proportion d'acide chlorhydrique contenue dans le suc gastrique ; il indiquait, comme le meilleur réactif, la phloro-glucine-vanilline. Aujourd'hui, il communique d'intéressantes remarques sur la dilatation de l'estomac avec hyperchlorhydrie : au lieu de 1,5 pour 1.000, il a trouvé 3, 4, et même 5 pour 1.000 de cet acide dans le suc gastrique de treize malades, appartenant à la catégorie des dilatés. Cette acidité exagérée explique les spasmes douloureux dont se plaignent les malades, les sensations de brûlure, de fausse faim, qui se produisent surtout 4 à 5 heures après le repas. M. Sée insiste sur la nécessité de la constatation chimique pour le diagnostic différentiel des affections de l'estomac et de l'intestin, et le traitement de cette variété de dilatation. L'alcalinisation du suc gastrique doit précéder tout autre traitement dans ces cas ; mais, il convient de ne pas prescrire au hasard le bicarbonate de soude ; ce sel alcalin doit être donné, non au commencement du repas, mais quatre à cinq heures après ; c'est le seul moment où il puisse être utile. Le régime doit se composer de viandes légères et surtout d'œufs ; il ne faut pas abuser du lait. Les légumes farineux ou verts rappellent les douleurs. Quant aux boissons, M. G. Sée conseille l'infusion de thé tiède prise en notable quantité.

M. Voisin lit un mémoire ayant pour titre : *Etude sur l'état physique, intellectuel et moral des détenus ayant subi l'emprisonnement cellulaire dans les établissements pénitentiaires de Belgique pendant dix ans et plus.* Le régime des prisons cellulaires en Belgique réduit la mortalité au minimum et ne provoque pas davantage l'aliénation mentale et les idées de suicide qu'un autre mode d'emprisonnement. La mortalité n'a été que de 1 41 0/0 de 1861 à 1870 et de 1871 à 1880, dans les maisons cellulaires, tandis qu'elle a monté à 3.35 0/0 dans les prisons communes. L'intérêt des détenus est de demeurer en cellule pour obtenir une diminution de leur peine.

L'Académie se constitue en *comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Laboulbène sur les titres des candidats aux places vacantes dans la section des correspondants nationaux, 1re division. La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : en première ligne, M. Mordret (du Mans) ; en deuxième ligne, M. Morache (de Bordeaux) ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Chedevergne (de Poitiers), Fabre (de Commentry), Niepce (d'Allevard), Pierret (de Lyon). A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 avril 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Renault présente une jeune fille âgée de 16 ans qui, à la suite d'une fièvre typhoïde, survenue à l'âge de quatre ans, eut une hémiplégie gauche à laquelle succéda bientôt une hémiathétose gauche limitée aux membres avec un peu d'atrophie de ce côté mais aucun trouble des sensibilités. L'état général est bon, l'intelligence normale. Il est probable que la lésion siège dans le noyau intraventriculaire du corps strié, comme dans un cas récent, suivi d'autopsie, publié par M. Landouzy,

M. Bucquoy présente de nouveau le malade montré jadis à la Société et qui portait de très nombreux abcès sous-cutanés dont le pus inoculé à des cobayes avait produit chez eux la tuberculose. Sous l'influence du traitement par l'huile de foie de morue à haute dose, ce malade est aujourd'hui presque complètement guéri ; tandis que, ainsi que le fait remarquer M. Barié, l'arsenic et les phosphates n'avaient rien produit chez lui.

M. Bucquoy lit un long mémoire, accompagné de présentation de pièces anatomiques. Il s'agit d'une femme de 33 ans qui, dix-sept jours après un quatrième accouchement, ressentit subitement de la pesanteur dans le membre inférieur gauche ; bientôt apparut au niveau de l'aine une tumeur pulsatile du volume d'une pomme d'api, avec souffle diastolique, frémissement, etc. ; les battements artériels étaient nuls au-dessous, très faibles de l'autre côté. Il y avait à la base du cœur un double souffle indiquant une double lésion aortique. On fit deux séances d'électropuncture avec un courant, la première fois de 33 milliamp. et la seconde fois seulement de 18, la malade n'ayant pu supporter davantage. Il survint des douleurs à la suite. Deux tentatives furent faites ensuite inutilement pour introduire dans la tumeur un fil de fer souple. Le 19 juin, M. Bucquoy introduisit directement dans la poche un morceau de ressort de montre, long de cinq centimètres et demi. Il y eut après un peu d'induration de la tumeur et une légère amélioration. En juillet, nouvelle tentative, mais il fut impossible de faire pénétrer le ressort dont la pointe s'accrocha à la paroi opposée. A la suite il y eut quelques phénomènes d'infection générale ; la malade devint hémiplégique droite et aphasique. Elle s'améliora ensuite peu à peu, mais succomba en mars. A l'autopsie on trouva des végétations recouvrant les sigmoïdes, il y en avait une à l'origine de la coronaire gauche. Le ressort s'était brisé en deux, une partie avait traversé les deux parois, et l'autre était placée transversalement, en croix sur la première; les deux paquets étaient oxydés et recouverts de fibrine. Il y avait des infarctus dans diverses parties du système circulatoire consécutivement à une embolie septique d'origine puerpérale.

M. d'Heilly présente les appareils américains pour pratiquer le *tubage du larynx*. Il décrit les diverses pièces de l'appareil de O'Dyver et rend compte des résultats qu'il a obtenus en traitant par ce moyen 13 enfants atteints de diphthérie. Ceux-ci furent choisis de préférence au-dessous de deux ans, les statistiques américaines établissant qu'à cet âge le tubage donne cinq fois plus de succès que la trachéotomie qui, au contraire, est préférable à partir de quatre ans et demi. Deux des enfants sur les 13 ne peuvent compter, tant leur état était grave ; sur les 11 qui restent, il y eut deux guérisons. C'est là une opération relativement simple, non sanglante, qui fait immédiatement respirer l'enfant ; le tube est bien supporté. Mais il se bouche facilement, et il faut un opérateur exercé pour le retirer et ensuite le replacer ; d'autre part, il gêne beaucoup la déglutition et peut amener les accidents résultant de la chute de parcelles alimentaires dans la trachée. Cependant, il y a lieu de l'employer chez tous les jeunes enfants, dans les croups légers ou encore lorsque la trachéotomie est impossible ou dangereuse (infection générale, croup consécutif à la rougeole). C'est en somme une méthode encore à l'étude. L. Capitan.

Affection causée par le vin. — On annonce qu'à Hyères (Var) un certain nombre de personnes ont présenté ces temps-ci des accidents bizarres qui sont aujourd'hui attribués à l'usage d'un vin fourni par un des marchands de la localité. Une enquête va être faite à ce sujet.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. MONOD, à propos de la discussion sur les *plaies pénétrantes de l'abdomen,* rapporte le fait suivant : Un homme reçoit un coup de couteau dans le ventre ; par la plaie abdominale sortent l'estomac et l'épiploon. On réduit les organes herniés, puis on fait une suture de la paroi, les précautions antiseptiques les plus minutieuses ayant été prises. Ce malade va aujourd'hui très bien. M. Monod croit que ce fait plaide en faveur des idées émises dans la dernière séance par M. Lefort, à savoir qu'il peut y avoir plaie pénétrante de l'abdomen sans qu'il y ait en même temps une lésion quelconque des organes de la cavité abdominale.

M. CHAUVEL lit un rapport sur un travail de M. le Dr MÉNIER intitulé : *Contribution à l'étude des plaies dues aux nouveaux projectiles de petit calibre.* Cet auteur cite deux faits que résume M. Chauvel: 1° Plaie de la main par balle de petit calibre ; 2° Plaie de l'index dans les mêmes conditions —Ces deux observations sont suivies de vues théoriques que M. Chauvel n'admet pas toujours, et que, d'ailleurs, il se propose de discuter dans un travail ultérieur.

M. KIRMISSON fait plusieurs rapports sur des observations envoyées par divers auteurs à la Société.

1° *Fracture indirecte de l'extrémité supérieure du tibia* ; par M. le Dr LABROU. Le trait de la fracture siégeait au-dessus de la tubérosité tibiale antérieure ; il n'y avait pas de fracture du péroné. On appliqua un appareil de Scultet. La consolidation fut très rapide ; elle était complète au 38e jour. La raideur articulaire, due à l'immobilité, se dissipa aussi très vite. Ce fait vient à l'appui de la théorie émise par Richet et défendue par son élève Heydenreich, à savoir que ces fractures se produisent le plus souvent dans un mouvement de projection du corps en avant; il y a alors arrachement et torsion de l'extrémité supérieure du tibia Cette observation est aussi remarquable par ce fait que la consolidation a été très rapide et qu'il s'agit d'un homme de 30 ans. Ordinairement, au contraire, ces fractions sont longues à guérir et surviennent chez des individus plus âgés.

2° *Plaie contuse du scrotum et hernie des deux testicules, réduction, guérison* ; par M. ORIOL. Il s'agit d'un garçon de 14 ans renversé par une charrette. L'un des testicules, le droit, faisait hernie comme le gauche, mais était encore entouré de sa tunique vaginale, fait assez rare. Le malade, lorsqu'il a été vu par M. Oriol, était dans un état très prononcé et avait perdu beaucoup de sang. On fit des lavages antiseptiques, puis on réduisit les deux testicules herniés. Mais, pour le testicule gauche, cette réduction fut très difficile. Pour maintenir l'organe en sa place habituelle, M. Oriol employa un procédé spécial. Il traversa le testicule avec une épingle qu'il fixa au scrotum. Pansement antiseptique. 24 heures après l'opération, il enleva l'épingle qui déterminait des douleurs assez vives. M. Kirmisson pense que M. Oriol a très bien fait de réduire le testicule. La réduction spontanée ne doit pas être espérée.

3° *Rupture de l'urèthre, uréthrotomie externe, taille hypogastrique, cathétérisme rétrograde* ; par M. VIGOT (de Caen). Homme de 33 ans, qui fit une chute de trois mètres. Il tomba sur la hanche gauche et non point à cheval sur un objet quelconque. M. Vigot et M. Kirmisson ne savent trop quel mécanisme admettre dans ce cas pour expliquer la rupture de l'urèthre qui se produisit. Peut être le choc a-t-il été assez brusque pour que l'urèthre vienne heurter la crête osseuse du bassin et se rompre. Au début, phénomènes classiques. Le malade fut mal soigné et il en résulta un rétrécissement. 2 mois 1/2 après l'accident, il était impossible de le sonder. On ne pouvait passer la moindre bougie. L'uréthrotomie externe fut faite, mais il ne fut pas possible de trouver le bout postérieur. 10 jours après, nouvelle tentative qui resta aussi infructueuse. On dut en arriver à la taille hypogastrique. Le ballon de Petersen ne fut pas employé et au début de l'opération M. Vigot ne put trouver le col vésical pour faire le cathétérisme rétrograde. Il dut pour y parvenir placer un doigt dans le rectum et soulever le bas-fond de la vessie. Une sonde métallique fut alors introduite dans l'urèthre prostatique et indiqua la situation du bout postérieur du canal urinaire. Après incision du tissu de cicatrice on plaça à demeure une sonde de caoutchouc rouge. Les suites de l'opération furent très favorables. Au bout de 17 jours, la guérison était complète. On put bientôt passer le n° 19 de la filière Charrière. Aujourd'hui, un an après l'opération, on peut passer le n° 20. M. Kirmisson insiste sur un point, à savoir qu'il ne faut avoir recours au cathétérisme rétrograde qu'après avoir épuisé tous les procédés connus pour trouver le bout postérieur de l'urèthre. Il préfère d'ailleurs la taille hypogastrique à la ponction de la vessie pour faire ce cathétérisme rétrograde. L'observation de M Vigot montre qu'il est utile de placer dans le rectum le ballon de Petersen ; sans cette précaution, l'accès du col vésical est très difficile.

M. TILLAUX pense qu'il est dangereux de placer à demeure une sonde de caoutchouc rouge après l'uréthrotomie externe, à moins de la fixer à la paroi abdominale. Il faut que la sonde ne sorte pas du canal, sans cela tout est à recommencer. Pour lui, il emploie un tube de caoutchouc placé dans l'urèthre et sortant par la plaie hypogastrique.

Il ne comprend pas pourquoi M. Oriol a crû devoir fixer au scrotum le testicule hernié à l'aide d'une épingle. Il suffisait de suturer la peau pour qu'il ne s'échappât pas. D'ailleurs la réduction est de beaucoup facilité par des débridements. Il croit aussi inutiles les minutieuses précautions antiseptiques prises pour empêcher l'urine de souiller le pansement.

M. TH. ANGER a observé un cas un peu analogue à celui de M. Oriol. Il s'agissait d'une hernie des deux testicules avec perte de substance du scrotum telle qu'il lui fut impossible de réintégrer l'un des deux testicules. Il castra le droit qu'il ne put remettre en place. L'opération fut faite 48 heures après l'accident. Il insiste sur ce fait qu'il n'avait pas assez de scrotum pour envelopper le testicule droit.

M. RECLUS croit qu'en effet il y a quelque chose de spécial dans ces plaies du scrotum compliquées de hernie testiculaire. Chez un vieillard présentant cette lésion il lui a été très difficile de faire rentrer le testicule. Il dut faire une suture cutanée solide. Encore crût-il un moment que les points de suture céderaient sous l'influence de la très forte pression exercée par l'organe sur la peau ; mais le malade mourut d'accident au bout de quelques heures. La réduction est difficile dans ces cas parce qu'il se fait, le testicule étant dehors, un gonflement considérable de l'épididyme et des plexus veineux spermatiques. La place est occupée par ces organes augmentés de volume ; aussi faut-il presser beaucoup pour réduire le testicule hernié.

M. TERRIER pense qu'on ne doit jamais arriver à la castration dans les cas de hernie testiculaire, à moins de destruction presque totale, considérable du scrotum. Il suffit de disséquer la peau au voisinage pour recouvrir l'organe à protéger. D'autre part, on sait depuis longtemps que la réintégration du testicule est difficile, mais il suffit de faire de larges débridements.

M. TILLAUX croit que la principale cause de la difficulté de la réduction est le retrait subi par le scrotum sous l'influence du froid et de l'émotion ; le scrotum peut être si rétracté qu'il semble avoir disparu. Quand il en est ainsi, il faut recouvrir les parties malades de compresses chaudes et attendre quelques heures avant de tenter la réduction du testicule. On n'est autorisé à faire la castration que dans les hernies de date ancienne.

M. RECLUS. — Les causes invoquées par M. Tillaux ne sont pas suffisantes, puisque le testicule rentre très bien après une opération d'hydrocèle ou de hernie scrotale.

M. TERRIER. — Quand il y a hydrocèle ou hernie, le scrotum est alors très distendu ; si le testicule fait hernie et s'il rentre facilement dans ce cas, cela tient à cette distension des bourses. — On n'est jamais forcé de réduire de suite un testicule hernié, à condition de panser d'une façon absolument antiseptique.

M. KIRMISSON croit qu'il y a des causes multiples pour expliquer la difficulté de la réduction. Il en signale une autre : pour lui la vaginale est comme retournée en doigt de gant ; il en résulte que la place jadis occupée par le testicule est en partie remplie par cette tunique effilée comme un écheveau. Il n'admet pas, lui non plus, la castration, et pense qu avec des

débridements et la suture on peut obtenir de bons résultats. D'ailleurs, si on ne peut pas réduire, on peut toujours compter sur la réduction spontanée.

M. Bousquet rapporte le cas suivant : *Plaie de la paume de la main : impossibilité de retrouver les bouts des tendons sectionnés.* La plaie fut produite par un morceau de verre; perte de sang abondante; section complète des tendons du fléchisseur propre du pouce et de l'index, section incomplète des tendons fléchisseurs du médius. Impossibilité d'arrêter le sang malgré des ligatures faites dans la plaie. L'hémorrhagie ne put être arrêtée que par la ligature des cubitale et radiale. Il fut impossible de retrouver le bout supérieur des tendons fléchisseurs du pouce et de l'index. M. Bousquet se demande si l'on n'aurait pas dû inciser à l'avant-bras, chercher là le tendon et le faire repasser par la gaîne carpienne. Le bout inférieur des tendons a été suturé dans la plaie. Que peut-on faire pour empêcher ce malade de rester estropié?

M. Lucas-Championnière fait ressortir l'utilité de la bande d'Esmarch pour la recherche de ces tendons sectionnés, comme pour celle des vaisseaux. A son avis, il ne faut pas trop compter sur le retour de mouvements des tendons suturés au niveau de la plaie. Il croit qu'il faut rechercher les tendons le plus tôt possible pour tenter à nouveau leur suture.

M. Schwartz a observé récemment un malade présentant une section du tendon fléchisseur propre du pouce, datant de trois semaines. Il a employé la bande d'Esmarch et trouva très difficilement le bout périphérique, après avoir disséqué les deux gaines carpiennes; il sutura les deux bouts éloignés de plus de 6 cent., après avivement, en fléchissant le pouce dans la main et la main sur l'avant-bras. Il fit aussi une suture à étages dans les muscles de l'éminence thénar sectionnés pendant ces difficiles recherches de tendons. Le malade a guéri ; il a recouvré quelques mouvements aujourd'hui.

M. Berger.—Il faut faire le plus tôt possible la suture tendineuse; la suture tardive peut amener des rétractions de tendons et donner des résultats fonctionnels absolument défectueux.

M. Kirmisson est d'avis que la bande d'Esmarch sert en outre à exprimer les muscles de l'avant-bras et à chasser les tendons de haut en bas vers la paume de la main, quand on l'applique du coude dans le poignet.

M. Terrillon présente un malade qui à la suite d'un coup violent sur l'épaule est atteint d'une paralysie radiale. L'extrémité externe de la clavicule lui parait luxée en bas et enfoncée sous l'acromion. Il demande si on doit opérer.

M. Delens a opéré un malade atteint de fracture et de cal volumineux de la clavicule déterminant de la paralysie. Les mouvements ont réapparus après l'intervention. La suppression de la cause a donc fait disparaître les accidents.

M. Tillaux prétend que le malade de M. Terrillon a une fracture de la clavicule et que la compression nerveuse est due à un cal. Il faut enlever le cal.

M. Monod a porté jadis le même diagnostic à Saint-Antoine.

M. Jalaguier lit un mémoire sur *un cas de kyste congénital de la région sous-maxillaire gauche chez un homme de 72 ans.*

M. Nimier lit deux observations : 1° *Malformation du prépuce corrigée*; 2° *Kyste glandulaire du méat uréthral.*

Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

1. — *Séance du 26 avril 1887.*

M. Moure lit un rapport sur l'*ozène*. Cette affection a été attribuée tour à tour à l'atrophie congénitale des cornets, à l'inflammation des glandes, à l'hypersécrétion des cavités accessoires, etc. L'ozène semble être une affection débutant par la muqueuse et amenant l'atrophie de cette muqueuse et des cornets. La présence du diplococcus amène la décomposition des liquides secrétés, putréfaction favorisée par l'élargissement des fosses nasales.

M. Chatelier montre des préparations d'ozène indiquant bien l'atrophie des glandes sur la surface convexe des cornets.

M. Ruault attribue l'ozène à la présence des diplococcus de Lewenberg.

M. Gouguenheim admet l'existence des rhinites fétides qui sont distinctes de l'ozène.

M. Noquet pense qu'un grand nombre d'ozène sont susceptibles de guérison.

M. Baratoux croit que tous les ozènes dûs à l'atrophie des glandes peuvent guérir, comme il l'a soutenu l'an dernier avec M. Noquet. Dans tous ces ozènes on retrouve le micro-organisme de Lewenberg, ce qui n'a pas lieu pour les rhinites fétides.

M. Charazac rapporte l'observation d'un malade âgé de soixante ans, qui avait un *cancer du larynx* avec ulcération de la corde vocale droite. La tumeur augmentant de volume, on dut pratiquer la trachéotomie, le malade n'ayant pas accepté la laryngectomie. M. Charazac croit que si les statistiques de laryngectomie sont défavorables, c'est qu'on fait l'opération dans de mauvaises conditions, au lieu de tenter l'ablation lorsque le cancer est encore limité.

M. Ruault est d'avis de pratiquer l'ablation dès que le diagnostic précoce a permis de reconnaître la nature de la tumeur.

M. Coupard dit que, dans certains cas, on ne doit pas porter le diagnostic de cancer, malgré que le traitement spécifique n'ait pas réussi ; il cite le cas d'un malade opéré par M. Terrier qui aurait guéri après trachéotomie, à la suite d'injections sous-cutanées de peptonate de mercure. Chez ce malade, le diagnostic de cancer avait été porté après un échec répété de la médication antisyphilitique ordinaire.

M. Baratoux cite le résumé d'un travail qui sera publié prochainement dans le *Progrès médical*. L'extirpation unilatérale donne des résultats encourageants que l'on est loin d'obtenir par l'extirpation totale ou par la trachéotomie. Il faut donc autant que possible opérer le malade de bonne heure, lorsque le cancer est limité et ne pas attendre que le néoplasme ait envahi la totalité du larynx et les ganglions.

2. — *Séance du 27 avril.*

M. le Dr Miot communique une étude sur les *épaississements du cartilage de la cloison* qui se présentent sous forme de tumeurs arrivant jusqu'au niveau du méat antérieur du nez, en formant une convexité considérable, se terminant peu à peu au plancher. L'âge, le traumatisme et la constitution prédisposeraient singulièrement à cet état pathologique. Comme traitement, le Dr Miot a fait usage de la galvanopuncture chimique qui lui a donné de bons résultats.

M. Baratoux étudie une variété de *sténose nasale*. Parmi les différentes variétés de sténose nasale, le Dr Baratoux a pu observer une série de déviations de la cloison avec développement sur l'une de ses faces d'une masse cartilagineuse ou osseuse obstruant complètement ou presque complètement la cavité du nez. Cette sténose, qui s'observe surtout du côté gauche, se rencontre presque toujours chez les malades atteints de végétations adénoïdes. M. Baratoux, a constaté ce fait huit fois sur dix cas; dans les deux autres, il s'agissait de sujets avancés en âge, qui faisaient remonter leur affection nasale à un traumatisme datant de leur enfance. L'ablation de ces tumeurs, a toujours été faite au moyen de la scie après anesthésie locale. Dans un seul cas, la dilatation de la narine au moyen de tiges de laminaire et de bourdonnets d'ouate a suffi pour faire disparaître une tumeur cartilagineuse assez volumineuse développée à la partie antérieure de la cloison légèrement déviée dans son sens vertical; durant cet intervalle l'hypertrophie des amygdales palatines et pharyngiennes de ce malade était guérie, les tumeurs adénoïdes semblent donc avoir une influence sur les déviations de la cloison et sur le développement de certaines tumeurs osseuses et cartagineuses qu'il est nécessaire d'enlever si l'on veut obtenir une amélioration considérable dans l'état local et l'état général.

M. Gellé a fait une *étude critique de l'épreuve de Weber*, dont voici les conclusions : L'occlusion du méat par le doigt cause un léger renforcement du son que les sourds ne sentiront pas, mais que les sujets atteints de surdité récente perçoivent souvent encore.

La pression digitale du méat auditif se confond avec l'occlusion mais agit sur l'appareil conducteur, jusqu'au labyrinthe. Elle peut mettre en jeu les réflexes binauriculaires : mais, elle n'est pas graduée; elle est souvent inégale et difficile à bien

exécuter; elle est quelquefois mal supportée par le sujet ; malgré ces critiques, elle est d'une telle simplicité qu'on a tout intérêt à l'employer, car elle a surtout rapport aux lésions de l'appareil conducteur des sons, et peut renseigner en bien des cas sûrement sur l'état des parties profondes, sur leur mobilité et sur le jeu de l'étrier même.

Il résulte, au point de vue du pronostic, que la possibilité de mobiliser, de déplacer le son du diapason vertex, constitue certainement un excellent signe pronostic, que le son soit latéralisé, ou reste central. Cependant l'action de la pression digitale, nulle au début, peut devenir effective plus tard, et l'observation montre que la réapparition de la mobilisation du son crânien coïncide avec la franche amélioration de l'état pathologique. Quand celle-ci se fait attendre, la mobilisation reste impossible le plus souvent.

Ce travail a pour but d'appeler l'attention des médecins otologistes français sur un signe délicat et pratique, capable de rendre de grands services, ainsi que l'ont depuis longtemps prouvé les travaux de Lucæ et les remarques de Politzer, etc.

M. Berger (de Gratz) fait ressortir les *symptômes des maladies du sinus sphénoïdal*. Si l'affection est limitée à l'intérieur du sinus, tout symptôme objectif fait défaut et cependant on peut observer quelquefois une céphalalgie interne. Dès que la maladie a gagné les parties voisines, il y a cécité unilatérale subite, méningite, hémorrhagie mortelle, abcès rétro-pharyngien, thrombose des tissus caverneux de la veine ophtalmique, enfin nécrose des os. Lorsqu'il y a compression des organes voisins,des nerfs optiques,l'amaurose peut être consécutive. Si la tumeur perfore la base du crâne, une méningite se déclare ou un abcès cérébral se forme. Les blessures de l'os sphénoïdal peuvent déterminer une écoulement continu du liquide céphalo-rachidien, de l'exophtalmie, une déchirure du nerf optique et l'anesthésie des deuxième et troisième branches du trijumeau.

M. Boucheron rappelle que l'*épilepsie de l'oreille* est produite par une excitation localisée du nerf acoustique. Elle est l'analogue de l'épilepsie du trijumeau de Brown-Séquard, de l'épilepsie du pneumogastrique. Ces épilepsies ont pour symptôme une surdité précédant la crise et une lésion de la caisse, lorsque l'épilepsie est produite par l'excitation de tous les nerfs craniens sensitifs qui envoient des rameaux dans les caisses.

M. Suarez rappelle à ce sujet un cas d'épilepsie produite par un polype de l'oreille moyenne remplissant presque complètement le conduit autitif externe.

M. Baratoux n'a observé d'épilepsie d'oreilles que dans les cas où l'oreille moyenne était atteinte d'une affection purulente chronique et que dans certains cas de corps étrangers du conduit. — M. Gellé pense que l'épilepsie est due à une méningite par propagation de la lésion de l'oreille moyenne.

M. Suarez recommande pour le *traitement des obstructions de la trompe* le cathétérisme combiné avec la douche d'air. Si ce procédé ne réussit pas, si l'instillation d'une solution de cocaïne ne dégonfle pas le canal, il faut introduire une bougie dans la trompe. Il a recours à la dilation continue; il laisse à demeure pendant huit à dix heures une bougie qu'il met en place au moyen d'un cathéter fendu dans toute sa longueur.

3. — *Séance du 28 Avril.*

M. Noquet a observé un *abcès chronique développé dans un moignon d'amygdale* qui communiquait avec l'extérieur par une petite fistule située à la partie supérieure du pilier antérieur. A la suite d'une série de phlegmons de l'amygdale, le médecin du malade avait fait l'ablation de la tonsille; mais au lieu de s'amender les symptômes allèrent en s'accentuant. Le Dr Noquet fendit la partie abcédée au moyen du galvano-cautère et cautérisa le moignon ; la guérison fut obtenue après une récidive traitée de la même façon.

M. Moure est partisan de l'amygdalotomie chez les enfants. MM. Menière, Schiffers et Charazac partagent son opinion contrairement à l'avis de MM. Gellé, Noquet et Hering, qui donnent la préférence au galvano-cautère, surtout chez l'adulte.

M. Joal rapporte deux observations de *céphalée de croissance* chez les malades accusant une céphalalgie frontale persistante avec forme cérébrale et inaptitude au travail. L'origine de ces céphalées étaient due à une affection nasale. Chez l'un des malades, les douleurs de tête sont devenues plus intenses à deux reprises différentes, alors qu'apparaissait un herpès du prépuce occasionnant de fréquentes érections. La concomitance des phénomènes nasaux et génitaux doit être attribuée aux relations physiologiques qui existent entre le nez et l'appareil reproducteur.

M. Ménière rapporte l'observation d'un cas de *céphalée quotidienne*, datant de deux ans, guérie par la cautérisation nasale et l'ablation des masses adénoïdes chez un enfant de neuf ans, qui chaque jour, pendant deux à quatre heures, était pris de céphalalgie. L'appétit avait disparu, le facies avait pris une teinte gris-jaunâtre, le travail intellectuel était impossible et le sommeil insuffisant. Les médecins conseillèrent l'usage du sulfate de quinine, du bromure de potassium et de l'hydrothérapie, mais sans aucun résultat. Les troubles disparurent par la cautérisation des cornets et l'ablation des tumeurs adénoïdes.

M. Moure a observé un cas d'*abcès chaud de la cloison des fosses nasales* chez une jeune fille lymphatique âgée de 24 ans, à la suite d'un violent coup d'air. Les symptômes de cette affection ressemblèrent à ceux de l'érysipèle ; la malade eut de plus un œdème aux paupières, une saillie de la cloison près de l'entrée du nez et une céphalée frontale très intense. Huit jours après la malade fut prise d'un écoulement de pus mélangé de sang, les symptômes s'amendèrent alors rapidement ; mais il y eut un affaissement du dos du nez qui a laissé après lui une différence extérieure de l'organe.

THÉRAPEUTIQUE

Les nouvelles médications de la phthisie.

Depuis que la nature parasitaire de la phthisie n'est plus contestée, les efforts de la thérapeutique se dirigentvers la découverte de parasiticides efficaces et des moyens de les administrer. Chaque jour presque voit éclore, soit un nouveau médicament, soit un procédé nouveau, soit un appareil. Tout récemment, on a essayé les inhalations d'acide fluorhydrique, d'acide sulfureux, les injections intra-pulmonaires de divers principes, etc., etc.

On voit par ces tentatives qu'un grand nombre de médecins obéissent à cette double préoccupation de trouver un agent destructeur du bacille de Koch et de porter le remède le plus près possible de son habitat. Quel sera le résultat de ces recherches? Il serait téméraire de le préjuger. Cependant on peut, dès à présent, signaler certaines causes qui défendent d'espérer un succès complet dans cet ordre de recherches.

Si le poumon était une cavité unique, comme un abcès froid, comme une synoviale, on pourrait concevoir l'action d'un médicament comme celle d'un topique ; il ne s'agirait plus que d'employer un parasiticide efficace, à dose suffisante, et de le laisser au contact un temps suffisant.

C'est ainsi que nous guérissons aujourd'hui, presque à coup sûr, des affections tuberculeuses bien localisées, abcès froids, ostéites, arthrites tuberculeuses, adénites,etc. C'est ainsi qu'au 3e Congrès français de chirurgie — 12 à 17 mars 1888, Paris, — M. le Pr Guyon a rapporté deux faits de guérison de tuberculose localisée à la vessie par application d'huile iodoformée sur la muqueuse vésicale. Ces exemples bien remarquables confirment ce que nous savions déjà de la cure des abcès froids, des abcès par congestion, etc., par les injections d'iodoforme.

Peut-on espérer des résultats aussi avantageux de l'action éphémère d'un courant aérien plus ou moins chargé de vapeurs médicamenteuses, dans un organe à cavités aussi multiples que le poumon? Cela n'est guère admissible, ne savons-nous pas que l'énergie avec laquelle se pratique la *frotte* entre pour beaucoup dans la guérison de la gale ? Ici, cependant, le parasite est presque à fleur de peau.

Si l'on ajoute le côté toujours peu pratique d'un appareil instrumental, l'assujettissement auquel son usage condamne, on peut prévoir que la méthode des inhalations ne

pourra jamais, même avec des perfectionnements, que servir d'adjuvant dans le traitement de la phthisie.

Nous en dirons autant des injections *parenchymateuses* de divers antiseptiques essayées un peu partout, à Lyon, à Paris, et tout récemment à l'hôpital de Lemberg (Galicie), dans le service du Dr O. Widmann, par le Dr Léon Rosombusch, médecin en second. Ce médecin injecte, tous les deux ou trois jours, de l'huile d'amandes douces contenant 3 0/0 de créosote végétale.

Le plus sûr véhicule, le seul pratique, sera toujours le sang et le sang par l'intermédiaire de l'absorption digestive.

Parmi les agents médicamenteux administrés à l'intérieur, il en est deux qui surnagent à travers les fluctuations de la thérapeutique, deux qui réunissent en leur faveur des témoignages de plus en plus nombreux et probants : l'iodoforme dont l'efficacité a été reconnue, en France, par le professeur Verneuil et par ses élèves ; en Italie, en Suède, en Angleterre par de nombreux observateurs.

Il y a eu, il est vrai, des contradicteurs, et certaines expériences de laboratoire ont paru infirmer les faits cliniques, mais d'autres expérimentateurs ont montré que l'iodoforme, pour agir contre le bacille, devait être associé à des principes albuminoïdes comme ceux du sang. Dans ces sortes de procès, il faut toujours se remémorer cette remarque de Pasteur, que mille expériences négatives ne peuvent invalider un fait positif bien observé, et que c'est dans les conditions de l'expérience qu'il faut chercher la raison des contradictions apparentes.

Le second médicament qui a résisté à l'épreuve, c'est la créosote qui, depuis le mémoire si remarqué de MM. Bouchard et Gimbert, 1877, a pris une place définitive dans le traitement de la phthisie.

En 1887, J, Sommerbrodt et Prœntzel, à Berlin, ont publié les résultats de leur expérience personnelle qui s'est étendue à un nombre de tuberculeux que ces auteurs évaluent à 5,000.

Les prescriptions ont été les mêmes à peu près que celles des médecins français et les résultats également satisfaisants.

Les médecins de Berlin ont administré la créosote en capsules gélatineuses contenant, chacune, cinq centigr. de créosote. La saveur caustique et l'odeur de ce médicament rendent ce mode d'administration presque indispensable.

Il en est de même pour l'iodoforme.

Dans certains hôpitaux de Paris, on a administré avec les plus grands avantages les préparations connues sous le nom de Perles de créosote et de Perles d'iodoforme du Dr Clertan. Ces préparations se font remarquer par la minceur, la transparence et la solubilité de l'enveloppe et par la pureté du produit inclus.

Les Perles d'iodoforme contiennent cinq centigr. de ce principe, et les Perles créosotées cinq centigr. de créosote végétale. Le dissolvant pour les deux est l'éther. Ce véhicule est de nature à faciliter la diffusion du médicament et son transport aux poumons puisque c'est par cette voie qu'il s'élimine.

Ces particularités ne sont pas négligeables ; rien n'est indifférent dans le traitement d'une affection aussi grave. La créosote peut être administrée pendant une durée pour ainsi dire indéfinie sans inconvénient. J. Sommerbrodt la continuait pendant plusieurs mois, et un grand nombre de malades ont pris sans interruption 600 à 1,200 capsules.

Pour l'iodoforme, il est bon de suspendre son administration après une semaine pour recommencer après un repos d'une durée égale ou double. On peut aussi ménager l'appétit qui se trouve assez souvent affecté par l'usage trop soutenu de ce médicament.

Pour le dire en passant, ceci montre que les formules où la créosote et l'iodoforme sont associés dans une seule préparation doivent être condamnées.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches expérimentales sur l'hyperthermie et les cause de la mort dans celle-ci ; par le Dr H. Vincent. — Paris, O. Doin, 1887. — Thèse Doctorat, 95 pages.

Comment succombent les individus, les animaux soumis à un excès de chaleur ? Quel est le mécanisme de la mort par l'hyperthermie ? C'était là, pour les physiologistes, la question à la mode, il y a quinze ans, quand Cl. Bernard faisait paraître ses belles leçons sur la chaleur animale. Peu à peu la mode a passé, le problème a semblé perdre de son intérêt : ce n'est guère que l'année dernière que, grâce à M. Richet, à M. Bonnal, il a retrouvé quelque renouveau. L'importante étude que M. Vincent, à l'instigation du professeur Jolyet de Bordeaux, vient de lui consacrer, ramène sérieusement à l'ordre du jour la question de la mort par l'hyperthermie.

Cl. Bernard nous avait laissés avec cette notion que la mort, résultant de l'excès de chaleur, est due à la coagulation des fibres musculaires du cœur. Mais, s'il en était réellement ainsi, les battements cardiaques devraient cesser avant les mouvements respiratoires : or, c'est le contraire qui arrive ; Jolyet et Lagrelet ont, en effet, montré que le cœur s'arrête après la respiration. Si la théorie de la coagulation du cœur est inexacte, quelle explication doit lui être substituée ? Faut-il en revenir à l'idée de Chaussat attribuant la mort à la déperdition exagérée d'eau par la sudation et par l'évaporation pulmonaire, à l'opinion d'Obernier incriminant l'urémie, à l'hypothèse d'Eulenberg et Vohl accusant la dilatation des gaz du sang ? M. Vincent montre l'insuffisance de chacune de ces explications : il fait mieux, il reprend les expériences décisives, il étudie minutieusement toutes les modifications apportées dans l'organisme par l'hyperthermie, il analyse les troubles de la respiration, de la circulation, de l'innervation, des sécrétions, etc., il établit une symptomatologie rigoureuse de tous les accidents présentés par l'animal surchauffé, il décrit les lésions constatées à l'autopsie. Il se croit alors autorisé à conclure que les symptômes morbides de l'hyperthermie sont provoqués par une sorte d'*auto-intoxication*, due elle-même à l'accumulation dans le sang de principes de désassimilation imparfaitement comburés. Ces poisons organiques font sentir leur action sur toute l'étendue de l'axe encéphalo-médullaire ; mais ce sont les centres respiratoires qui sont particulièrement atteints : la mort a lieu dans le coma ; elle est due à l'arrêt de la respiration qui succède à son épuisement graduel.

M. Vincent a trouvé du reste dans le sang, dans les viscères, dans la pulpe cérébrale et dans le bulbe des animaux morts à une haute température, des principes très toxiques provenant des déchets des combustions organiques.

Voilà donc une nouvelle explication du mécanisme de la mort par l'hyperthermie. Cette explication n'est peut-être pas elle-même à l'abri de tout reproche ; mais elle rend bien compte d'un certain nombre de phénomènes et elle fait le plus grand honneur au laboratoire de médecine expérimentale de la Faculté de Bordeaux. Paul Loye.

Manuel de diagnostic des maladies internes par les méthodes bactériologiques, chimiques et microscopiques ; par le Dr R. V. Jaksch (de Graz), traduit par L. Moulé, 1888. G. Carré, éditeur.

Ce livre est une récapitulation de toutes les recherches bactériologiques, chimiques et histologiques utiles au médecin pour aider le diagnostic des maladies, jusqu'ici réparties dans un grand nombre d'ouvrages spéciaux, qu'il était difficile au praticien de posséder et de consulter. C'est un ouvrage volumineux et assez complet sous tous ces points de vue. La première partie comprend l'examen du sang. L'auteur avance que le simple examen au microscope d'une gouttelette de sang est suffisant en en reconnaissant l'*oligochroménie* ; cette méthode nous semble risquée, et devoir entraîner le médecin à des erreurs, s'il s'attache à elle seule. Il décrit ensuite l'appareil pour la numération des globules de Thoma-Zeiss, qui n'est autre chose qu'une imitation ou une contrefaçon de l'hématimètre d'Hayem. Ensuite il parle du chromo-cytomètre de Bizzozero, dont il avoue ne pas connaître le manuel opératoire ; enfin, nous ne voyons cités nulle part les hématoblastes d'Hayem. La partie consacrée à la recherche dans le sang des

parasites, au changement de composition du sérum sanguin, et à la présence des matières extractives anormales, est très complète. A propos des bacilles du charbon, l'auteur ne parle pas des travaux de Straus, ni de la présence des spores de la bactéridie dans le sang, dans le cas de charbon symptomatique ; pour la fièvre intermittente, il ne mentionne pas les recherches de Laveran. Un chapitre intéressant est l'exposition de la recherche du sucre par le chlorhydrate de phénylaldéhyde, qu'il expose plus loin pour rechercher aussi le sucre dans l'urine.

Dans les chapitres suivants sont traités les examens des produits de la bouche, des fosses nasales, des crachats. Ici, il attribue à Leyden la découverte des cristaux et des fibres spirales chez les asthmatiques, consentant cependant à leur donner le nom de *Charcot-Leyden*. Plus loin sont exposées les méthodes pour l'examen du suc gastrique et des vomissements, étudiées assez complètement; puis pour celui des matières fécales, où la partie concernant les micro-organismes est un peu ancienne. Ce chapitre est accompagné d'une description des vers intestinaux. La partie la plus importante est consacrée à l'urine ; elle comprend l'étude des sédiments, des cylindres urinaires, des parasites, enfin l'analyse chimique. Ce chapitre est très intéressant et fort complet. Nous reprocherons à l'auteur ou plutôt au traducteur de nous décrire le polarimètre de Rothe, que nous ne connaissons pas en France, ce qui est inutile pour un médecin français n'ayant pas cet instrument entre les mains. Il en est de même de l'appareil de Hufner décrit par le Dr Jaksch pour le dosage de l'urée. L'ouvrage se termine par une étude des exsudats et des liquides kystiques, des liquides de sécrétion des organes sexuels, enfin par un exposé de la bactériologie, résumé trop court des principales méthodes employées pour la recherche des micro-organismes.

Des fractures indirectes de la base du crâne et des lésions consécutives aux traumatismes cérébraux ; par le Dr Vincent (d'Alger).

Ce travail, dont les conclusions reposent sur trois observations personnelles, a été présenté déjà à la Société de Chirurgie où il obtint un prix en 1886 ; depuis il s'est accru d'une nouvelle observation inédite et s'appuie sur un travail de M. Berger et de Mlle Klumpke (1887) et un autre du Dr Ferret de Meaux (1887). L'auteur s'attache à montrer que les fractures indirectes de la base du crâne, autrefois admises et actuellement reléguées au second plan, presque même niées par les auteurs (Trélat, Félizet) existent réellement. Une fracture de l'étage antérieur de la base peut se produire seule, et non par irradiation à la suite d'un traumatisme sur un point de la voûte. Le Dr Vincent admet donc la fracture de la base par contre-coup, tenue pour vraie par l'Académie de chirurgie. Pour lui trois éléments interviennent dans cette fracture : 1° L'ébranlement des os de la base consécutif à la propagation par les parois des vibrations originaires du point percuté ; 2° L'augmentation de la pression intra-crânienne, qui suffit pour fracturer indirectement la base dans certains cas de coups de feu avec pénétration, insuffisante dans les cas ordinaires, mais certaine et s'ajoutant aux autres causes ; 3° l'élasticité du crâne, par suite de laquelle il se forme un cône de dépression au point percuté et un cône de soulèvement à l'extrémité de l'axe de percussion ; ce phénomène ne se produit que quand le choc a lieu au niveau des 2/3 postérieurs du crâne, et le cône se forme ainsi sur l'état antérieur composé d'os minces et fragiles. Ces trois facteurs combinent leur action, et suffiraient à briser cet étage antérieur, tandis qu'ils seraient sans doute impuissants contre les parties postérieures de celle-ci formées d'os bien plus résistants.

La seconde partie du travail est destinée à démontrer par des observations, que les lésions produites expérimentalement par Duret chez les animaux sont bien celles de la commotion cérébrale, déterminées par le choc céphalo-rachidien.

A. Raoult.

L'intelligence des animaux ; par G. J. Romanes, avec préface d'Edmond Perrier. — Biblioth. scient. intern. — Paris. Alcan, 1887. — Tome II, in-8, 225 pages.

Ce deuxième volume est consacré à l'étude des manifestations intellectuelles chez les vertébrés. L'auteur tient tout d'abord à montrer que l'affinité zoologique ne saurait servir à une classification psychologique des animaux ; ainsi, comme instinct ou comme intelligence, un poisson ne saurait être comparée à une fourmi ou à une abeille. Cependant Romanes signale, chez les poissons, certaines manifestations de peur, d'instinct belliqueux, de sentiments sociaux, sexuels et maternels, de colère, de jalousie, d'enjouement et de curiosité, en un mot certaines émotions analogues à celles des fourmis, analogues aussi à celles d'un enfant de quatre mois. En continuant à gravir les différents degrés de l'échelle animale, l'auteur s'arrête un instant à l'examen des actes intellectuels chez les reptiles et chez les batraciens : il constate que tous ces vertébrés à sang froid ont des facultés mentales toujours peu développées. Mais il consacre la plus grande partie de ses observations aux oiseaux et aux mammifères chez lesquels la vie intellectuelle se manifeste avec des formes si variées. Il raconte des anecdotes bien curieuses sur le coucou, sur l'éléphant, sur le chat, sur le chien et sur le singe : c'est à se demander si l'homme est véritablement le roi des animaux.

Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Nous avons publié, dans le n° 16, le décret relatif à la composition de ce Conseil; par suite d'une erreur de mise en pages, le rapport de M. Floquet n'a pas été inséré en tête du décret. Nous réparons aujourd'hui cette omission.

Monsieur le Président.

Les pouvoirs publics se sont à maintes reprises préoccupés des problèmes nombreux et difficiles que soulèvent les questions d'assistance publique et de prévoyance. La Révolution française a posé le principe de l'assistance en termes précis et énergiques qui en ont fait pour tous ses descendants un devoir social et impérieux, une dette sacrée. Ce principe, il convient à notre démocratie d'en développer les conséquences et de leur donner toute l'extension que comportent à la fois l'initiative privée, largement exercée, et le concours administratif, libéralement accordé.

Afin de favoriser les vœux émis depuis plusieurs années par les assemblées législatives et les sociétés particulières ; afin de faciliter la mise en pratique des lois et d'étudier avec ensemble et autorité les améliorations à réaliser et les innovations à tenter dans ces divers ordres d'idées, mes prédécesseurs ont groupé, à mon département, en une seule Direction, les divers exercices concernant l'assistance publique et les institutions de prévoyance.

Il vous paraîtra assurément désirable de compléter l'œuvre du décret du 4 novembre 1886 en plaçant auprès de la Direction de l'Assistance publique un Conseil supérieur, ayant pour mission d'éclairer l'Administration sur toutes les questions d'assistance et de prévoyance, et dans lequel se trouveraient réunis les éléments de savoir et d'expérience.

Comme un certain nombre de conseils placés auprès de directions ministérielles et qui, par l'association des diverses compétences délibérantes et de l'élément exécutif, ont donné les meilleurs résultats, le Conseil supérieur de l'Assistance comprendrait des membres que le Gouvernement nommerait pour six ans et d'autres dont la désignation est la conséquence des fonctions dont ils sont investis. Les premiers seraient choisis, soit à Paris, soit en province, parmi les personnes que leurs travaux antérieurs désignent au choix du Gouvernement. Il m'a paru convenable de réserver dans ce choix une large place aux membres des deux Chambres, et de créer ainsi un lien de plus entre les représentants de la nation et l'administration dans l'étude commune des problèmes d'assistance. Le Conseil supérieur aurait deux sessions générales annuelles. Les membres pourraient être répartis en plusieurs sections se réunissant à intervalles plus rapprochés.

Si vous approuvez ces propositions, je vous prierai, Monsieur le Président, de vouloir bien revêtir de votre approbation les deux décrets ci-joints, dont l'un institue le conseil supérieur et l'autre nomme les conseillers qui, avec les membres de droit, constitueront cette assemblée

Veuillez agréer, Monsieur le Président, l'hommage de mon profond respect. *Le Président du Conseil, Ministre de l'Intérieur,* Ch. Floquet.

VARIA

Inauguration de la nouvelle Faculté de médecine de Bordeaux.

Sur la liste des cérémonies inscrites au programme du voyage de M. le Président de la République dans la région sud-ouest de la France, figurait l'inauguration de la nouvelle Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. Cette cérémonie a eu lieu le samedi 28 avril dans l'après-midi. L'élégante façade de la Faculté était décorée d'écussons et de drapeaux, et la cour d'honneur avait été transformée en un vaste amphithéâtre orné de draperies, d'arbustes et de fleurs. L'arrivée du Président de la République et de son cortège a été saluée de vivats enthousiastes. M. Carnot a été reçu à la porte de la Faculté par M. Ouvré, recteur de l'Académie, par les professeurs de la Faculté de médecine ayant à leur tête notre excellent ami M. le professeur Pitres, doyen de la Faculté, et par les professeurs des Facultés des sciences, de droit et des lettres.

M. Carnot, accompagné de M. Lockroy, ministre de l'Instruction publique, Krantz, ministre de la Marine, Deluns-Montaud, ministre des Travaux publics, des officiers de sa maison militaire, du maire, du préfet, de M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, ancien adjoint au maire de Bordeaux, de tous les membres de l'Université, des délégués des autres Facultés et des invités étrangers (1), s'est rendu sur l'estrade officielle disposée au fond de la cour, en face du vestibule, et décorée avec un goût parfait. Dès que les acclamations provoquées par l'arrivée du Président de la République se sont apaisées, M. Daney, maire de Bordeaux, se lève et prononce un remarquable discours dont nous croyons utile de reproduire le début.

« Monsieur le Président de la République,

« L'inauguration de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie est le dernier acte qui constate l'entier accomplissement des obligations contractées par la ville de Bordeaux à l'égard de l'enseignement secondaire.

« C'est l'achèvement et le couronnement de cette partie de notre tâche municipale, et, si le succès a répondu aux efforts de ceux qui l'ont entreprise et menée à bonne fin, nous ne saurions ambitionner pour eux de plus haute récompense que l'honneur que nous fait le chef de l'Etat en venant au milieu de cette assemblée, entouré de ses ministres et des illustrations de la science, pour juger l'œuvre d'une des grandes cités de la République.

« Cette œuvre, aujourd'hui considérable par ses résultats, est née, il y aura bientôt dix-huit ans, au sein du Conseil municipal, de ce sentiment patriotique qui nous commandait de contribuer par tous les moyens possibles au relèvement de notre pays.

« Elle est née de cette nécessité imposée aux sociétés démocratiques qui veulent vivre, non-seulement de répandre partout et de développer l'instruction à tous les degrés, mais aussi d'en élever le niveau, afin de faire surgir au service de la nation, une élite d'hommes et de citoyens capables de la diriger et de la préserver des écueils redoutables du despotisme et de l'anarchie.

« Commencée au lendemain de nos désastres, continuée avec la même persévérance par toutes les municipalités qui, depuis 1870, se sont succédées à l'Hôtel-de-Ville, cette œuvre de l'éducation nationale a progressivement grandi sous l'impulsion du patriotisme et des sentiments généreux qui l'avaient inspirée.

« En quelques années, la ville de Bordeaux a triplé le nombre de ses écoles primaires et maternelles. Elle a construit un magnifique lycée de garçons, créé un lycée de jeunes filles et mis à la disposition de l'enseignement supérieur tous les organes qui constituent une Université complète et assurent, dans les proportions les plus larges, le haut enseignement des sciences, des lettres, du droit et de la médecine.

« En accomplissant cette dernière partie de sa tâche, la plus délicate et aussi la plus difficile, la municipalité n'a pas considéré seulement les avantages du présent et de l'avenir. Elle avait à cœur de rendre à la vie notre vieille Université bordelaise fondée en 1441 et dont les collèges des Lois et de la Médecine, jadis florissants, avaient momentanément disparu, en 1793, après trois siècles et demi d'existence.

« Le concours et les sympathies que les maires et les jurats de l'ancien régime avaient donnés à la science, dans un temps où la science était peu honorée, imposaient aux hommes nouveaux le devoir de restaurer une institution du passé, qui n'avait pas été sans éclat. Ils l'ont compris et se sont mis à l'œuvre.

« Leurs premiers efforts se sont portés vers la création d'une Faculté de droit, et ce que la monarchie et l'empire n'avaient pu ou voulu accorder aux sollicitations réitérées de nos prédécesseurs, il l'ont obtenu, en quelques mois du gouvernement de la République... »

M. Daney rappelle ensuite les différentes phases par lesquelles a passé cette grande œuvre de l'organisation de l'Université bordelaise. Il rend un hommage justifié à M. Pascal, architecte de la Bibliothèque nationale, qui a obtenu, à la suite d'un brillant concours, la construction de la Faculté nouvelle. Il rappelle qu'un décret du 1er octobre 1883, avait décidé l'établissement, à Bordeaux, d'une Ecole du service de santé militaire, et en réclame énergiquement l'exécution.

Il rappelle, que pour donner un vigoureux essor à la Faculté, il a fallu la foi ardente de son premier doyen, le Dr H. Gintrac, et la collaboration active de ses successeurs, MM. Denucé et Pitres. « Citer ces noms, dit-il, est un devoir de reconnaissance auquel la ville de Bordeaux ne saurait manquer ».

Après ce discours, interrompu par de longues salves de bravos, M. Ouvré, recteur de l'Académie, a prononcé un discours dans lequel il a signalé les avantages de l'union de la Faculté de médecine avec les autres Facultés. Puis M. Lockroy, a pris la parole. Il a tracé à grands traits l'exposé des sacrifices considérables que la ville de Bordeaux s'est imposée pour l'enseignement supérieur ; il a rappelé que, après Paris, il n'y a que deux villes en France, Bordeaux et Lyon, qui aient fait de tels sacrifices ; il a insisté sur l'esprit de suite apporté par les municipalités qui se sont succédées depuis 1870 jusqu'à ce jour, pour constituer à Bordeaux un véritable centre d'enseignement supérieur, il a mentionné la participation de l'Etat dans les dépenses (1) ; il a signalé la nécessité de donner à l'enseignement supérieur une vitalité qui lui permette de rendre à la démocratie française les grands services qu'elle attend de lui.

» Pour cela, dit-il, il lui faut des bâtiments : vous lui avez élevé des palais ; des professeurs, vos Facultés en ont quatre-vingt-trois ; des étudiants, vous en avez bientôt plus de mille. Il faut, en outre, qu'étudiants et professeurs aient le sentiment qu'ils font partie d'un corps, d'une famille ; aussi le décret de 1885 a-t-il parallèlement accru l'autonomie de chaque Faculté et la solidarité des Facultés entre elles. C'est un premier pas, mais un pas décisif vers la constitution de ces futures Universités régionales, dont l'une des premières portera le nom de Bordeaux. Tout est prêt ici pour justifier ce titre, et en le créant, la loi ne fera que sanctionner une réalité. (Nouveaux applaudissements).

« Car, Messieurs, ce serait une étrange imprudence, en une question comme celle-ci, de devancer par une législation hâtive la marche des faits. Il faut attendre qu'une expérience complète ait donné raison à nos projets. Une Université n'existe qu'à la condition de répondre à des besoins, et il faut pour la produire un ensemble de conditions qui, toutes, je m'empresse de le dire, sont réunies à Bordeaux. Assise à la limite d'une des plus vastes et des plus riches vallées de France, ville de terre et ville de mer,

(1) MM. les professeurs Cornil, Lannelongue, Proust, de la Faculté de Paris ; Gavarret, inspecteur honoraire de l'enseignement supérieur ; Tourdes, doyen de la Faculté de Nancy ; Castan, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; de Rouville, doyen de la Faculté des sciences de la même ville ; Couat, recteur de l'Académie de Lille ; Micé, recteur de l'Académie de Clermont-Ferrand ; Thézard, doyen de la Faculté de droit de Poitiers et maire de cette ville ; Duplouy, directeur de l'école de médecine navale de Rochefort ; Caubet, directeur de l'Ecole de médecine de Toulouse ; de Maurans, directeur de la *Semaine médicale* ; les représentants de la presse politique et médicale de Bordeaux, ainsi qu'un grand nombre de médecins de la ville.

(1) 2 millions sur 6 millions.

commerçante, industrielle, lettrée, votre cité a toutes les aspirations des grandes villes historiques ; elle résume d'une manière à la fois robuste et gracieuse les caractères d'une race, dont les traits particuliers contribuent pour une si grande part à la physionomie générale de la nation française.

« Il faut donc qu'il y ait ici un centre de lumières, un foyer de recherches où la science soit à la fois spéculative et pratique, où la littérature satisfasse les goûts d'une population qui n'a jamais cessé de mettre les plaisirs de l'intelligence au nombre de ses premiers besoins. Je ne puis dire à chaque Faculté tout le bien que je pense d'elle ; je ne puis citer tous les noms qui les honorent ; cependant, je ne saurais passer sous silence des services qui vont tout à l'heure recevoir leur récompense. Si le fléau qui menaçait votre principale richesse naturelle a pu être combattu avec succès, c'est dans les laboratoires de la Faculté des sciences qu'a été préparée la victoire de vos vignobles sur l'envahisseur ; les plus obscures et les plus redoutables maladies qui nous menacent et dont notre temps semble avoir le triste privilège, celle du système nerveux, ont été étudiées par le chef même de votre Faculté de médecine, avec une sûreté d'observation que les meilleurs juges reconnaissaient naguère par un titre recherché. (Vif assentiment. — Applaudissements prolongés).

« Ce sont là de grands services, Messieurs, mais nous en attendons encore de plus grands des Facultés bordelaises. Elles seront, ici comme ailleurs, comme partout où existent des Facultés, les instruments d'une utilité plus générale et plus haute. La France est une démocratie ; par cela même, il lui faut la seule aristocratie compatible avec l'égalité, celle de la littérature et de la science. Il faut que toutes les formes de l'activité nationale y soient inspirées et dirigées par la libre recherche et la spéculation désintéressée ; que l'industriel, le commerçant, l'agriculteur soient les élèves du savant ; qu'au-dessus des préoccupations d'utilité et d'intérêt, il y ait ce qui en corrige, l'étroitesse : l'inspiration scientifique.

« C'est pour cela, Messieurs, qu'à côté des travaux par lesquels vous satisfaites aux besoins de votre commerce et de votre industrie, vous avez élevé des palais à la science ; c'est pour cela que vous lui prodiguez un argent qu'elle vous rendra au centuple. Et comme l'on fut toujours artiste et lettré dans ce pays où ont parlé tant d'orateurs, dans cette ville où Montaigne fut maire, où La Boétie et Montesquieu rendirent la justice, vous avez voulu que les lettres, les plus désintéressées des occupations de l'esprit, les plus pures comme les plus charmantes, fussent aussi libéralement traitées que la science. (Très bien ! très bien ! — Nouveaux applaudissements). »

« Ainsi, Messieurs, dans l'œuvre dont nous consacrons aujourd'hui les résultats, vous aurez servi en même temps et avec le même zèle toutes les sortes d'intérêts qu'une Cité comme la vôtre et un pays comme la France doivent tenir à cœur. Je suis heureux que mon nom soit associé au souvenir de cette consécration ; je suis le témoin ému de cette fête républicaine, où une généreuse population montre d'une manière éclatante sa volonté de rester libre ; je vous félicite, étudiants, d'être si fièrement unis dans un sentiment de solidarité qui honore la jeunesse française, je me félicite enfin, pour la République, que son premier magistrat ait tenu à honneur de donner par sa présence aux idées que j'exprime une autorité suprême. (Adhésion unanime. — Bravos et applaudissements répétés). »

M. le colonel Lichtenstein lit ensuite un décret présidentiel aux termes duquel MM. Pitres, doyen de la Faculté de médecine, et Millardet, professeur de botanique à la Faculté des sciences, sont nommés chevaliers de la légion d'honneur. Les étudiants ont fait une véritable ovation à leur jeune doyen, le saluant de longues et chaleureuses acclamations, qu'il mérite par son caractère ferme et loyal, par ses travaux scientifiques et par son dévouement à la Faculté.

MM. Daney, maire de Bordeaux, Jolyet et Vergely, professeurs à la Faculté de médecine, et Biard, professeur d'anglais au lycée, sont nommés officiers de l'Instruction publique; MM. Carles, professeur agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux ; Songeon, vice-président du Conseil général, Bonie, conseiller à la Cour d'appel, et Escarpit, vice-président de la Société d'agriculture, reçoivent les palmes d'officiers d'Académie. — Les nominations de MM. Jolyet, Vergely et Carles, ont été applaudies par tous les étudiants témoignant ainsi leur reconnaissance pour l'enseignement de ces maîtres. La séance s'est terminée à 6 heures et M. le Président de la République a regagné sa voiture au milieu des acclamations.

Le même soir a eu lieu un grand banquet au théâtre municipal de Bordeaux, une réception à l'Hôtel de Ville et un bal donné à l'Alhambra par les étudiants en l'honneur de M. Carnot. A 11 heures, M. Lockroy, accompagné d'un grand nombre de professeurs de toutes les Facultés, s'est rendu à l'Alhambra, où il a été l'objet d'une manifestation des plus sympathiques.

Le matin, M. le Président de la République avait visité l'hôpital St-André, l'hôpital-hospice des Enfants et l'hospice Pellegrin. A l'hôpital St-André il a remis la croix d'officier de la légion d'honneur à M. le Dr Levieux, médecin honoraire des hôpitaux de Bordeaux, membre de la Commission administrative des hospices civils, vice-président du Conseil d'hygiène, etc. M. Levieux est l'auteur de deux ouvrages intitulés : le premier, *Etudes de médecine et d'hygiène publique* (1874), le second, *Etudes sur l'assistance hospitalière de la ville de Bordeaux et sur diverses questions d'hygiène publique.* Il a rendu, dans ses différentes fonctions, de longs et incontestables services. Aussi sa promotion a-t-elle été accueillie avec plaisir par tous ses concitoyens.

Le lendemain, 29 avril a eu lieu, à l'hôtel Lanta, le banquet offert par les membres de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, à M. Lockroy, aux professeurs des Facultés de Bordeaux, aux délégués des autres Facultés, des Sociétés savantes et de la presse, ainsi qu'à un certain nombre de membres du Conseil municipal. Le banquet s'est naturellement terminé par une série de toasts. M. Pitres a pris le premier la parole ; il a commencé ainsi :

« M. le Ministre, Messieurs, au nom de mes collègues, professeurs et agrégés de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, je vous remercie d'être venus vous réjouir avec nous de l'inauguration de notre Faculté. Grâce à votre concours, cette réunion, qui devait être primitivement un simple banquet de corps, est devenu une véritable solennité universitaire. Nous sommes fiers d'en avoir pris l'initiative, et c'est avec un profond sentiment de gratitude que je bois à tous nos convives.

« A vous d'abord, monsieur le Ministre. Ainsi que vous le rappeliez hier, en termes éloquents, le gouvernement de la République, dont vous êtes un des serviteurs les plus dévoués, a fait depuis dix-huit ans des efforts considérables pour élever l'enseignement supérieur au rang qu'il mérite d'occuper dans une grande nation désireuse de conserver sa place à la tête de la civilisation. Il a créé des centres nouveaux d'activité intellectuelle ; il a multiplié les laboratoires de recherches ; il a fait tout ce qu'il dépendait de lui pour assurer le recrutement d'un personnel nombreux de maîtres et d'élèves capables de maintenir et d'accroître la puissance de la France. Nous saluons en vous le continuateur de ces efforts que nous seconderons dans la mesure de nos moyens, autant par patriotisme que par devoir confraternel.

M. Pitres a remercié ensuite les représentants de la municipalité bordelaise, les délégués ou représentants des autres universités, et il a terminé par les paroles suivantes:

« Je bois à vous, chers et honorés collègues des Facultés de droit, des sciences et des lettres de Bordeaux. La Faculté de médecine, votre jeune sœur, est heureuse de vous recevoir aujourd'hui. Elle est animée d'un ardent amour du travail, elle s'efforcera de briller à côté de ses aînées sans les jalouser. Vous l'avez accueillie à son origine avec des témoignages non équivoques de cordiale sympathie. Elle a été très touchée et elle a saisi la première occasion qui s'est offerte à elle pour vous en témoigner publiquement sa reconnaissance.

« Messieurs les représentants de l'Association des étudiants, je voudrais bien dire ici le bien que je pense de vous et de vos camarades ; mais je craindrais, si j'exprimais toute ma pensée, d'être accusé de partialité intéressée. — A Messieurs les présidents et les délégués des sociétés savantes et des associations confraternelles de Paris et de la Gironde. — A Messieurs les représentants de la presse médicale. — A tous les amis de la décentralisation scientifique. A tous les amis de la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux. »

M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur et ancien doyen de la Faculté des lettres de Bordeaux, a prononcé une spirituelle allocution, dans laquelle il a tracé d'abord le parallèle du passé et du présent de Bordeaux, en matière d'enseignement supérieur. Il a fait ressortir que toutes les transformations qui s'étaient opérées étaient dues à la République. Il a insisté sur la nécessité d'organiser des *Universités régionales*, montrant qu'il s'agissait non d'un retour au passé, mais de réaliser l'une des conceptions des Encyclopédistes, les Condorcet, les Romme, et de reprendre les traditions de la Révolution. Il a félicité les étudiants de Bordeaux d'avoir créé une Association et a salué en elle le germe de cette corporation de la jeunesse universitaire.

M. Benzacar, président de l'Association générale des étudiants de Bordeaux, a répondu à M. Liard et porté en fort bons termes la santé du directeur de l'enseignement supérieur et celle de la future Université de Bordeaux.

M. Segay, président de la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, a remercié vivement M. le Doyen et MM. les Professeurs et agrégés de la Faculté de médecine et de pharmacie, d'avoir convié les membres des Sociétés savantes à cette fête universitaire.

« Le but principal de ces Sociétés, a-t-il dit en terminant, est de travailler au Progrès matériel, scientifique et moral de la profession médicale; elles sont donc les fidèles alliées de la Faculté de médecine et de pharmacie, à la prospérité toujours croissante de laquelle je bois ! ».

Mentionnons ensuite les toasts de M. Tourdes, doyen de la Faculté de médecine de Nancy, Thézard, doyen de la Faculté de droit de Poitiers, enfin celui de M. Lockroy.

Le toast de M. Lockroy comprenait deux parties : l'une politique, l'autre universitaire. Sur la première, nous nous bornerons à dire qu'il a accentué son opinion anti-boulangiste qu'il avait laissé entrevoir dans son discours à la Faculté de médecine. En ce qui concerne la seconde partie, si nous n'avons que des éloges à adresser à tout ce qu'il a dit sur la constitution des universités régionales, que nous avons défendue autrefois, en examinant le rapport de P. Bert (1); sur le rôle important de l'enseignement supérieur dans une démocratie; sur son influence au point de vue du développement de l'enseignement secondaire et de l'enseignement primaire ; sur les félicitations qu'il a adressées à l'Association générale des étudiants de Bordeaux, nous devons faire des réserves expresses sur les critiques qu'il a adressées à la Chambre des Députés, relativement à sa volonté de réaliser le plus possible d'économies et d'appliquer les lois et les décrets sur les mises à la retraite. M. Lockroy a déclaré qu'il avait été navré d'être obligé, pour se conformer au vote du Parlement, de mettre à la retraite de vieux serviteurs de l'enseignement à tous les degrés, maîtres d'école, professeurs des lycées et surtout les inspecteurs généraux. M. Lockroy, nous paraît avoir oublié que si la République, doit donner au point de vue politique, toute la liberté compatible avec la vie en société, au point de vue social, la plus grande somme de justice possible, elle doit être aussi au point de vue administratif plus économe des deniers publics que tous les autres gouvernements.

Tout en rendant hommage aux services rendus, tout en souhaitant que l'Etat vienne en aide à tous ceux qui ont travaillé pour lui et qui ont consacré leur existence à l'enseignement, nous sommes d'avis qu'il est indispensable, pour le bien de l'enseignement, que la mise à la retraite s'effectue d'une façon régulière, parce que, d'une part, sous l'influence de l'âge, et personne n'y échappe, la vigueur physique et la virilité intellectuelle décroissent, et parce que, d'autre part, on ferme la porte à des savants ou à des maîtres dans la force de l'âge et dans la plénitude de leurs facultés ; on nuit de la sorte à des générations d'étudiants qui n'ont pas l'instruction à laquelle ils ont légitimement droit et on compromet la réputation scientifique du pays.

(1) *Progrès médical*, 1879-1880.

Nous avons profité de notre séjour à Bordeaux pour visiter un certain nombre d'établissements hospitaliers et nous espérons utiliser, au moins en partie, les documents que nous avons recueillis; mais en attendant nous adressons nos très sincères remerciments à tous ceux qui nous ont aidé à rendre nos visites fructueuses et plus particulièrement à nos amis MM. Pitres, Paul et Emile Bitot, Lefour, Jolyet et Coyne. BOURNEVILLE.

Installations nouvelles des services de la Faculté.

Les nouveaux bâtiments de la Faculté occupent un trapèze à peu près régulier dont les côtés parallèles, séparés par une vaste cour, sont situés: le plus petit, à l'ouest, en façade sur la place d'Aquitaine; le plus grand, à l'est, formant l'Institut anatomique, et contigu à un vaste terrain planté d'arbres affecté à la Faculté, mais dont la destination définitive n'est pas encore fixée. (*Fig.* 53 et 54).

A l'entrée de la Faculté, sur la façade de la place d'Aquitaine, et au *rez-de-chaussée*, se trouvent la salle des pas perdus (1), puis l'atrium donnant accès dans deux grands amphithéâtres auxquels sont annexés des laboratoires pour la préparation des cours ; — à gauche du vestibule sont situés le grand escalier conduisant au premier étage, puis, en retour sur la rue Paul-Broca, la salle des actes, le cabinet et le vestiaire des professeurs avec entresol ; — à droite se trouvent un escalier conduisant au premier et au deuxième étage et aux combles, le logement du concierge, le cabinet du doyen, le secrétariat et les archives (rez-de-chaussée et entresol).

Le *premier étage* de la façade est réservé, à l'exception d'une pièce destinée au musée d'anatomie pathologique et située à gauche du grand escalier, aux services de la bibliothèque qui comprennent : la grande salle de lecture placée au-dessus de la salle des pas-perdus, un cabinet pour le bibliothécaire, et une salle pour les professeurs.

Dans l'aile des bâtiments située au nord (rue Paul-Broca) sont installés: AU REZ-DE-CHAUSSÉE, un petit *laboratoire de thérapeutique* avec entresol; deux *salles d'examens ou de conférences*, séparées par un cabinet ; le *laboratoire de médecine expérimentale*.

Le laboratoire de *médecine expérimentale* est installé comme laboratoire de recherches et comme laboratoire d'enseignement. Autant que cela a été possible, on y a développé le côté purement scientifique par des installations variées et par un appareil instrumental approprié aux recherches particulières sur les sujets actuels du ressort de la médecine expérimentale. Ce laboratoire possède les ressources matérielles nécessaires pour permettre aux étudiants qui le désirent de se livrer à des travaux originaux, et au professeur de répéter, en les exécutant devant les élèves, les grandes expériences de physiologie et de pathologie expérimentales. Comme laboratoire de recherches, le laboratoire de médecine expérimentale comprend plusieurs pièces à attributions spéciales, pour la physique et la chimie biologique, pour les vivisections et la bactériologie. On doit adresser les plus grands éloges à M. le professeur Joly pour les installations de son laboratoire auxquelles il a très généreusement participé de ses propres deniers.

Le laboratoire de *physique biologique*, formé par la pièce

(1) Ce grand vestibule est pavé en mosaïque de Vacchina, le même qui exécuta celles du Grand opéra. « L'ornementation en est très sévère, on y lit une grande inscription qui rappelle à tous ceux qui franchissent le seuil de ce monument, leur devoir de travailler tous, pour la science, pour l'honneur de la ville qui leur offre un si bel asile et pour la patrie. » *Pro scientia, urbe et patria*. (*Gaz. de méd. de Bordeaux*).

extérieure du rez-de-chaussée, renferme tous les instruments précieux et délicats concernant l'électro-physiologie, les appareils de mesure, enregistreurs, régulateurs, etc. Des consoles fixées aux murs par des dispositions particulières supportent ces appareils et les mettent à l'abri des trépidations extérieures. Cette même pièce contient également la bibliothèque du laboratoire et sert de cabinet de travail.

Le laboratoire de *chimie biologique* est situé dans le sous-sol extrême, au dessous du laboratoire précédent. Cette position le met à l'abri des variations de température, point important pour les analyses. Il renferme : 1° une grande paillasse recouverte de carreaux de porcelaine et munie d'un système de caneaux d'aspiration pour évaporation sur bain de sable et d'une cage vitrée à cheminée d'aspiration directe ; 2° une grande table pour analyses chimiques, avec cuve à eau d'un côté et lavabo de l'autre ; 3° une grande glacière ; 4° les divers instruments pour extraction et analyses des gaz du sang, de l'eau, etc., à savoir : pompes pneumatiques à mercure, cuve à mercure, etc. Des étagères et rayonnages adossés aux murs reçoivent la verrerie et les produits chimiques.

La *chambre de bactériologie* comprend tout ce qui concerne l'étude et la culture des organismes inférieurs, ferments et microbes, c'est-à-dire de nombreuses étuves avec régulateurs adossées aux murs, une glacière, tubes et flacons à culture, etc. Cette pièce, cimentée, peut être lavée à grande eau et désinfectée au besoin.

La salle des démonstrations expérimentales devant les élèves est formée par la grande pièce du rez-de-chaussée. Elle contient un petit amphithéâtre au-devant duquel est la table à expériences. Des arbres de couche apportent dans cette pièce le mouvement d'un moteur à gaz placé dans le sous-sol correspondant. On actionne ainsi un grand appareil de démonstration et de recherches pour la respiration de l'homme, et une machine Gramm qui entretient un régulateur pour les projections. Un système de stores opaques permet de faire l'obscurité nécessaire aux projections. Un polygraphe spécial à projections donne la faculté de projeter les mouvements, mouvements de la respiration, du cœur, la secousse du muscle et de mesurer la vitesse de l'agent nerveux.

Le sous-sol correspondant à la salle des démonstrations, et qui contient le moteur à gaz, renferme également les établis, le tour et la forge pour la fabrication des instruments et appareils pour les recherches et les démonstrations, des aquariums d'eau douce et d'eau de mer. Un chenil placé dans le sous-sol renferme les animaux en expériences ou inoculés du virus rabique ou charbonneux, et qu'il serait imprudent de placer dans le chenil général.

Premier étage. — Le premier étage est affecté à une *section du musée et aux laboratoires d'anatomie pathologique et d'histologie.* (Prof. M. Coyne).

Le laboratoire d'anatomie pathologique comprend une salle de démonstrations pratiques dans laquelle 30 élèves environ pourront étudier les préparations, et une salle de travaux pratiques offrant un espace suffisant pour recevoir au moins le même nombre d'étudiants. — Une salle spéciale, pourvue de l'outillage nécessaire, est destinée aux recherches de chimie pathologique et de microbiologie. — Les autres pièces du laboratoire sont consacrées aux travaux personnels du professeur et du préparateur.

Le laboratoire d'histologie se compose d'un cabinet destiné aux travaux propres du professeur, d'une grande salle des travaux pratiques et de deux salles plus petites destinées à des recherches spéciales, soit du professeur, soit du préparateur. Ce laboratoire communique avec la salle de démonstrations pratiques de l'anatomie pathologique, commune aux deux services.

Les services qui sont installés dans l'aile des bâtiments située au sud sont :

Rez-de-chaussée. — Un petit *laboratoire de pathologie générale avec entresol* ; — deux *salles d'examens* ou de *conférences* séparées par un cabinet de réflexion ; — le *laboratoire de physiologie.*

Le laboratoire de physiologie, comme celui de la médecine expérimentale, exige des moyens de travail très variés et les dispositions les plus spéciales. On a cherché à réaliser ces conditions dans les nouveaux locaux, qui comprennent : Au rez-de-chaussée, une pièce destinée aux recherches bactériologiques, renfermant tout ce qui a trait à l'étude des micro-organismes, étuves, glacières, etc.; un cabinet de travail pour le préparateur ; une grande salle pour les travaux de recherches et les expérimentations physiologiques garnie de tables, vitrines pour instruments, cuves et appareils divers; le cabinet du professeur renfermant les instruments précieux, la bibliothèque et les collections du laboratoire.

Dans le sous-sol, une grande salle destinée aux travaux pratiques et aux démonstrations devant les élèves contenant une paillasse, une cage vitrée avec cheminée d'aspiration, des étagères et vitrines pour verrerie et produits chimiques, instruments de vivisection, etc.; une pièce avec aquarium et glacière ; une salle contenant une cuve, des piles, etc. En outre, un chenil placé dans le jardin, à l'extrémité Est, renfermera les animaux servant aux expériences de physiologie et de médecine expérimentale.

Premier étage : là se trouvent une section du *Musée*, les *Laboratoires d'hygiène et de médecine légale.*

Le laboratoire de médecine légale comprend : Un laboratoire des élèves avec installation pour les recherches histologiques spéciales et pour les expertises de chimie toxicologiques ; un laboratoire spécial pour le professeur ; un cabinet pour le chef des travaux ; une salle destinée à servir ultérieurement de musée médico-légal ; un sous-sol avec une salle spéciale d'autopsie pourvue d'eau et de gaz. Quoique les travaux pratiques de médecine légale ne soient pas encore obligatoires, les élèves sont exercés aux recherches spéciales qu'exige la pratique des expertises médico-légales. Il est à regretter que l'organisation des autopsies médico-légales ne soit pas encore assurée ; mais la responsabilité n'en incombe pas à la Faculté qui, à différentes époques, a cherché et cherche encore à réaliser ce *desideratum.* Il sera indispensable, lorsque le moment sera venu, de confier le service de la morgue de Bordeaux au professeur de médecine légale. (M. Morache).

L'*Institut d'hygiène* comprend : Un cabinet de travail pour le professeur ; un laboratoire d'expertises sanitaires destiné aux recherches expérimentales et aux analyses chimiques ; un laboratoire de bactérioscopie pour les analyses biologiques et pathogéniques de l'air, du sol et des eaux souillés par les divers agents infectieux ; un musée d'hygiène appliquée, avec modèles et collections d'appareils et système d'assainissement, etc. A l'institut d'hygiène est annexé, sous la direction du professeur d'hygiène, un *musée de géographie médicale* et de *pathologie exotique*, faisant partie toutefois des musées généraux (Prof. M. Layet).

Laboratoires d'anatomie et de médecine opératoire. — Au fond de la cour d'honneur, faisant face aux larges baies de l'atrium, se trouve une grande galerie transversale qui longe l'*Institut anatomique.* Sous cette galerie s'ouvrent cinq grandes portes à doubles battants qui conduisent aux trois pavillons d'anatomie A, B, C, et aux laboratoires particuliers du chef des travaux et du prosecteur. (*Fig.* 53 et 54).

Chaque pavillon est précédé d'un grand et large vestiaire où les élèves trouvent des cases fermées et cadenassées pour y déposer leurs livres, instruments, etc., des porte-manteaux nickelés, des lavabos à grandes cuvettes avec serviettes et essuie-mains. — Une grande cloison vitrée sépare les vestiaires des salles de dissection proprement dites, très grandes, très spacieuses, très éclairées par leurs deux faces ; ces salles sont chauffées et ventilées par des calorifères qui, sans autre moyen, suffisent pour renouveler l'air plusieurs fois durant les séances de dissection. Des systèmes spéciaux permettent, en outre, d'ouvrir simultanément toutes les impostes pratiquées dans le haut des fenêtres, et de renouveler les couches d'air chaud accumulées vers les plafonds.

Les tables de dissection, faites toutes d'un seul bloc d'ardoise, sont au nombre de 16 par pavillon et peuvent être portées à 18. Le sol, bétonné, est imperméable. — Les murs, recouverts d'une série de couches de peinture à l'huile, permettent le lavage par des lances d'arrosage, vissées sur les prises d'eau. L'écoulement, en cas de nettoyage, a été ménagé

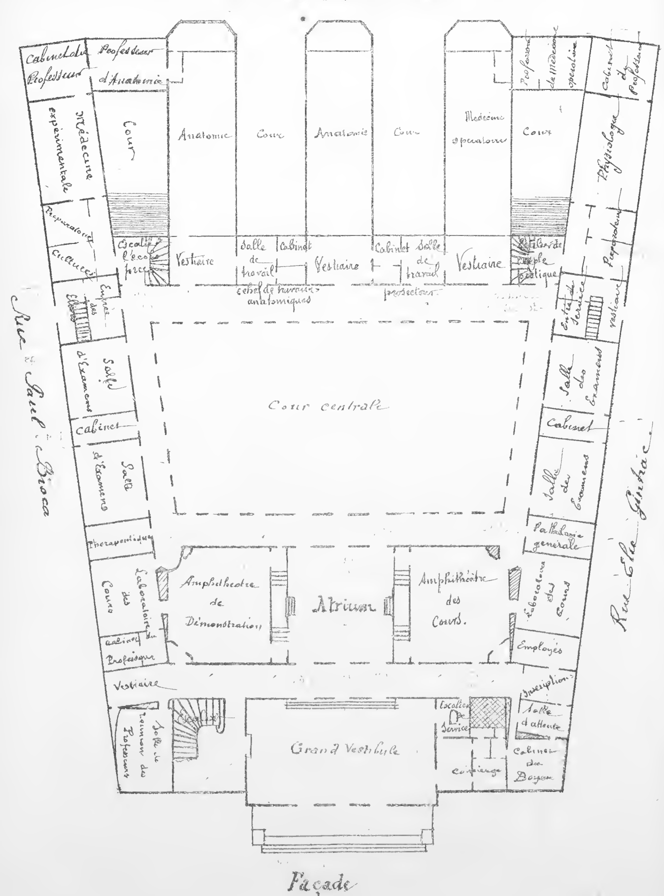
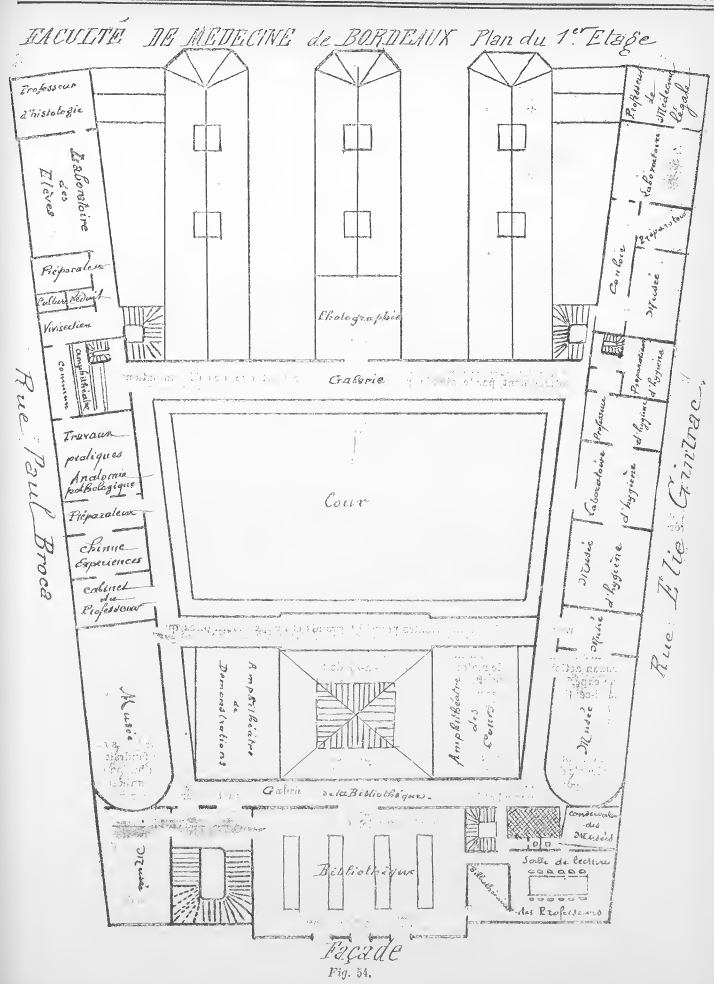

FAÇULTÉ de Médecine de BORDEAUX
Plan du Rez de Chaussée.
Cabinet du Professeur
Professeur d'Anatomie
Médecine expérimentale
Cour
Anatomie
Cour
Anatomie
Cour
Médecine opératoire
Cour
Professeur de Médecine opératoire
Cabinet du Professeur
Physiologie
Préparatoire
Cultures
Escalier de l'école pratique
Vestiaire
Salle de travail
Cabinet
Vestiaire
Cabinet
Salle de travail
Vestiaire
Escalier de l'école pratique
Préparatoire
Vestiaire
Chef de travaux anatomiques
Prosecteur
Entrée des Élèves
Entrée de Service
Salle d'Examens
Cabinet
Salle d'Examens
Salle des Examens
Cabinet
Salle des Examens
Cour centrale
Thérapeutique
Pathologie générale
Cours
Laboratoires des Cours
Amphithéâtre de Démonstration
Atrium
Amphithéâtre des Cours.
Laboratoires des Cours
Employés
Cabinet du Professeur
Vestiaire
Inscriptions
Salle de réunion des Professeurs
Escalier
Grand Vestibule
Escalier de Service
Salle d'attente
Concierge
Cabinet du Doyen
Rue Paul-Broca
Rue Élie-Gintrac
Façade

Fig. 53.


FACULTÉ DE MÉDECINE de BORDEAUX Plan du 1er Etage
Professeur d'histologie
Laboratoire des Elèves
Préparateur
Culture
Réduit
Vivisection
Amphithéâtre commun
Travaux pratiques Anatomie pathologique
Préparateur
Chimie Expériences
Cabinet du Professeur
Musée
Professeur de Médecine légale
Laboratoire
Préparateur
Couloir
Musée
Préparation d'hygiène
Laboratoire Professeur d'hygiène
Laboratoire d'hygiène
Musée d'hygiène
Musée
Photographie
Galerie
Cour
Amphithéâtre de Démonstrations
Amphithéâtre des Cours
Galerie de la Bibliothèque
Conservateur des Musées
Salle de lecture des Professeurs
Bibliothèque
Rue Paul Broca
Rue Elie Gintrac
Façade
Fig. 54.

par les plans inclinés du bétonnage, qui les amènent directement à des canaux d'égout munis d'appareils syphoïdes.

Des tableaux d'ardoise, encastrés dans les murs, permettent de dessiner aux craies de couleur toutes les figures et tous les schémas dont les élèves peuvent avoir besoin. Au fond et adossée à la cloison de séparation, entre les vestiaire et la salle de dissection, sera établie une estrade de deux marches avec grand tableau en ardoise, pour permettre aux aides d'anatomie de faire une démonstration préliminaire aux exercices pratiques. Des becs de gaz, avec réflecteurs mobiles dans tous les sens, projettent une lumière intense sur les tables d'étude ; aussi les élèves sont-ils admis à travailler, s'ils le désirent, jusqu'à neuf heures du soir.

Au dessous de chaque pavillon de dissection se trouve un rez-de-chaussée ; les salles à conservation des sujets sont ménagées au-dessous du pavillon A et dans les arrière-plans des pavillons B et C. Tous ces réduits sont munis de grands massifs de bêton, disposés pour recevoir chacun deux ou trois cadavres. Des rainures d'écoulement y sont ménagées et calculées de manière à amener tous les liquides vers un point extérieur où ils se rendent dans de grands godets métalliques qui les reçoivent; ces godets ont toutes leurs surfaces angulaires arrondies, de telle sorte qu'aucun résidu ne peut s'y accumuler. Au-dessus de chaque bloc de bêton s'ajuste une planchette, surélevée de 2m50 à 3 mètres, sur laquelle se trouvent les barillets contenant les liquides conservateurs à injecter par la carotide dès que les sujets sont arrivés au dépôt. L'injection se fait automatiquement par le simple poids du liquide. Ce procédé permet de conserver les cadavres pendant des semaines et des mois, sans odeur et sans altération, alors même que les viscères restent dans les cavités splanchniques. Et cette conservation se maintient malgré la température, malgré l'état électrique de l'atmosphère ; le sujet se momifie, mais ne se putréfie pas. Les accidents dus aux piqûres anatomiques ont totalement disparu dans les laboratoires.

Des moisissures se développent à la surface des parties mises à nu, ce sont des *penicillium* analogues à ceux que l'on rencontre sur la surface de toutes les conserves par les substances sucrées; il suffit d'y passer un peu d'alcool pour faire disparaître ces moisissures. — Les sujets peuvent être montés des salles de conservation jusque dans le pavillon de dissection au moyen des monte-charges. — Une autre portion des rez-de-chaussée est destinée au montage des pièces, des squelettes, etc., et aux injections vasculaires ; là encore se trouve un monte-charge pour amener les sujets dans les pavillons.

On y trouve encore un grand appareil à congélation, destiné surtout aux études des rapports, études si importantes pour le médecin et le chirurgien. On pourra ainsi facilement congeler des troncs tout entiers. Une fois amenés à la dureté du marbre, une scie à ruban actionnée par le moteur Otto du laboratoire de médecine expérimentale permettra de les débiter en tranches d'un demi-centimètre d'épaisseur, qui seront conservées au musée par des procédés spéciaux. — On fera établir, en outre, des fourneaux munis de hottes qui permettront de faire toutes les recherches chimiques que les études anatomiques actuelles sont en droit de réclamer. — Par des appareils distillatoires, on pourra plus tard rectifier dans les laboratoires tous les alcools dénaturés ou salis, ce qui constituera une grande économie pour la Faculté.

Entre l'aile latérale située au nord et le pavillon A se trouve le laboratoire particulier du professeur d'anatomie, qui communique avec celui du professeur de médecine expérimentale.

Du côté opposé se trouve le laboratoire particulier du professeur de médecine opératoire. Il renferme les instruments servant aux travaux pratiques des étudiants. Des appareils divers, des collections de dessins, des moules de difformités variées, etc., sont également placés, soit dans cette pièce, soit dans la chambre des bandages, située au-dessous du cabinet du professeur.

Les laboratoires d'anatomie et de médecine expérimentale sont munis d'appareils permettant de faire les recherches les plus délicates d'embryologie et d'anatomie topographique (couveuses artificielles, caisses à congélation des cadavres, appareils à photographie microscopique, etc., etc.).

M. le professeur Bouchard qui a présidé, avec le plus grand zèle à l'organisation des pavillons de dissection qu'il dirige, nous a fait voir en détail tout son service. Il nous a montré les cadavres qu'il peut conserver indéfiniment sans qu'il se produise de mauvaise odeur ou de putréfaction, grâce à un procédé d'injection dont il est l'inventeur. Il nous a fait voir un cadavre injecté depuis deux mois, et un membre inférieur injecté depuis un an parfaitement conservés et pouvant servir aux études anatomiques. Nous sommes heureux d'avoir l'occasion de signaler les services qu'il a rendus à l'enseignement de l'anatomie et de le remercier de son obligeance.

Ici se termine l'énumération des services placés dans le nouveau bâtiment de la Faculté de médecine. Les laboratoires de clinique restent installés dans les hôpitaux. Les services de la pharmacie et des sciences dites *accessoires* conservent les locaux et les distributions provisoires qui leur ont été affectés dans l'ancienne caserne de Saint-Raphaël. Il est désirable que ce provisoire ne dure plus longtemps. L'Etat et la ville de Bordeaux, qui ont doté les services de médecine proprement dits d'un monument vaste et bien approprié aux besoins de la science moderne, ne voudront pas laisser plus longtemps les services si importants de la pharmacie et des sciences dites *accessoires* (physique, chimie, histoire naturelle) dans des locaux étroits, insuffisamment aménagés, privés d'air et de lumière, où les élèves, entassés les uns sur les autres, ont beaucoup de peine à exécuter les travaux pratiques que nécessitent leurs études.

En attendant que des déterminations nouvelles aient été prises pour la construction et l'organisation de nouveaux locaux destinés à ces enseignements, le laboratoire d'histoire naturelle va obtenir l'annexe importante qui lui avait fait défaut jusqu'à présent, c'est-à-dire un *jardin affecté à la botanique médicale*. Ce jardin, dont les travaux d'installation sont déjà commencés, occupera un *terrain de vingt-quatre mille quatre cents mètres superficiels* situé à Talence, près Bordeaux, et acheté par la Faculté sur le legs de 100,000 fr. de M. Camille Godard. Il sera pourvu de serres, grainerie, orangerie, laboratoire et autres bâtiments dont la construction va être poussée très activement.

Pour compléter la Faculté, il reste encore deux choses à faire. Il faut en premier lieu construire à l'Est de la Faculté, entre l'extrémité des pavillons d'anatomie et la rue de Leyteyre, un vaste annexe pour les services mixtes de médecine et de pharmacie et pour la pharmacie proprement dite. Il convient en second lieu, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Masse, dans la *Gazette hebd. des sciences médicales*, « que les grands et beaux laboratoires que l'on donne aux professeurs trouvent des ressources pour se meubler et s'outiller convenablement. Il faut que les grands musées puissent se peupler de de tout ce qui peut servir à l'instruction des élèves. Il faut créer des arsenaux de chirurgie ; il faut se munir de tous les instruments les plus perfectionnés d'expérimentation pour que l'enseignement soit non seulement bien logé, ce qui n'est pas tout, mais qu'il soit encore pourvu de tout ce qui peut être utile aux démonstrations et aux expérimentations. »

Pour compléter tous les renseignements relatifs à la Faculté de médecine de Bordeaux, il nous faudrait citer les noms des professeurs et des agrégés, la distribution des chaires, la statistique des étudiants, le nombre des thèses, etc., sur tous ces points, nos lecteurs trouveront les renseignements les plus détaillés dans le *Numéro des Etudiants* du 5 novembre 1887

Service dentaire dans les bureaux de Bienfaisance

Dans la séance du 2 mars 1888, le Conseil municipal a pris la délibération suivante : « La chambre syndicale de l'art dentaire est autorisée à créer des services gratuits dans les bureaux de bienfaisance et dans les dispensaires de la ville de Paris, et à s'entendre avec l'Administration pour cette création.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 7. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Guyon, Reclus, Rémy. — 2e *de Doctorat*, oral (2e partie) (1re *Série*) : MM. Damaschino, Delens, Reynier; — (2e *Série*) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Déjerine; — (3e *Serie*): MM. Lannelongue, Kirmisson,

Raymond. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Fournier, Straus, A. Robin. — 4e *de Doctorat* : MM. Potain, Hayem, Brissaud.

Mardi 8. — (Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Polaillon, Poirier, Schwartz. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Mathias-Duval, Quenu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Panas, Campenon, Maygrier; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Peyrot, Charpentier ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Peter, Hutinel.

Mercredi 9. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Marc Sée, Delens, Segond. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Trélat, Reynier, Déjérine ; — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Kirmisson, A. Robin ; — (3e *Série*) : MM. Ch. Richet, Reclus, Rémy. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Landouzy. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Straus, Chauffard.

Vendredi 11. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Delens, Reynier, Kirmisson. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Segond, Brissaud ; — (2e *Série*) : MM. Hayem, Lannelongue, Rémy ; — (3e *Série*) : MM. Fournier, Marc Sée, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Raymond, Déjérine. — 5e *de Doctorat*. (1re partie) (Charité) : MM. Trélat, Budin, Reclus; — (2e partie) : MM. Potain, Straus, Landouzy.

Samedi 12. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Duplay, Mathias-Duval, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1e partie) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Poirier, Brun ; — (2e *Série*) : MM. Polaillon, Campenon, Schwartz. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Dieulafoy, Fernet, Hutinel. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Bouchard, Troisier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Panas, Charpentier; — (2e partie) : MM. Cornil, Legroux, Quinquaud.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mardi 8. — M. Imossi. Moyens d'exploration des organes génitaux de la femme. — M. Bourgeois. Contribution à l'étude de la fièvre ourlienne. — M. Grosset. Des ophthalmies post-morbilleuses. — M. Heryng. Contribution à l'étude du phlegmon necrotique du larynx et son rapport avec l'angine érysipélateuse. — M. Besson. Déviations de la taille d'origine réflexe. — M. Guérard. L'hôpital de Lariboisière. — L'enclos Saint-Lazare. — M. Berrez. De l'ulcère simple de l'œsophage. — M. De Senneville. De l'eczéma séborrhoique. — *Mercredi* 9. — M. Loisnel. Etude sur le fibrome de la paroi abdomidale antérieure. — M. Iman. Sur un cas d'asystolie aiguë pour la dilatatation cardiaque. — *Samedi* 12. — M. Laurent. De la méthode révulsive dans le traitement du mal de Bright. — M. Barthomeuf. Considérations sur les folies intermittentes. — M. Breton. Essai sur la péritonite scarlatineuse.

NÉCROLOGIE

M. A. DURAND-CLAYE.

La ville de Paris vient d'être frappée d'un deuil cruel : notre ami, M. Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées, chargé du service des égouts et de l'assainissement, est mort subitement samedi dernier, 28 avril, d'une embolie survenue durant la convalescence d'un rhumatisme subaigu.

M. Durand-Claye, après de brillantes études à Ste-Barbe, entrait en 1861 à l'Ecole Polytechnique d'où, en 1863, il sortait le premier de sa promotion. Il choisit les ponts et chaussées et continua à l'école de ce nom ses études où ses succès croissants le firent nommer en 1866 ingénieur de la ville de Paris, sous les ordres de Belgrand, un de nos plus illustres ingénieurs, qui a doté notre capitale du système actuel d'égouts. Les idées de Belgrand ne manquèrent pas d'être adoptées par son élève Durand-Claye qui devint bien vite un des plus ardents partisans du *Tout à l'Egout* et de l'*utilisation agricole des eaux d'égout.*

Dès son entrée à la ville, M. Durand-Claye a publié une série de travaux importants, parmi lesquels nous citerons : *Compte rendu des essais d'utilisation et d'épuration des eaux d'égout de Paris* (1867-68) en collaboration avec M. Mille ; — *Note sur l'emploi agricole des eaux d'égout* (*Journal de la Société d'Agriculture* (1868) ; — *Note sur les essais d'utilisation et d'épuration des eaux d'égout de Paris*, avec Mille (1869) ; — Service des eaux d'égout (*année* 1869), avec M. Mille ; — *Assainissement de la Seine, — Utilisation agricole des eaux d'égout et de leurs dépôts* (1872) ; — *Assainissement de la Seine : — Rapport fait au nom de la Commission chargée de proposer les mesures à prendre pour remédier à l'infection de la Seine aux abords de Paris* ; — *Assainissement; Epuration et utilisation des eaux d'égout ; — Avant-projet d'un canal d'irrigation à l'aide des eaux d'égout entre Clichy et la forêt de St-Germain* (1876) ; — *Température des eaux souterraines de France* (1879) ; — *Communication sur l'assainissement des villes* (1878) ; — *De l'altération des cours d'eau* (1880), en collaboration avec MM. Schlœsing et Proust. — *Assainissement de Paris* (1881) ; — *Le système de Liernur* ; — *Mémoire sur l'assainissement de Berlin*, en collaboration avec M. Pelsche (1886), — Nous devons rappeler qu'il a pris une part très active aux discussions de la Société de médecine publique et des Congrès internationaux d'hygiène. C'est en mettant à profit toutes les publications de M. Durand-Claye et grâce à son obligeance amicale qu'il nous a été permis de faire, à la Chambre des députés, un rapport aussi complet que possible sur le projet d'assainissement de la Seine.

M. Durand-Claye a, en outre, dressé les projets d'assainissement pour les villes de Buda-Pesth, Odessa, Genève, Cannes, Reims ; il a publié des comptes rendus sur l'assainissement de Londres, de Bruxelles, Dantzig, Berlin, Breslau, Amsterdam, etc., ainsi que des articles très estimés sur l'assainissement agricole (*Desséchement du lac Fucino, Procédé des industries agricoles et forestières* à l'Exposition universelle de 1878, etc.

M. Durand-Claye laisse d'unanimes regrets. Entièrement rempli par l'idée de l'œuvre qu'il avait entreprise à la suite de ses maîtres, Belgrand et Mille, il avait apporté dans l'étude du Tout à l'Egout une ardeur et un dévouement qui ne l'ont jamais abandonné. Toujours sur la brèche, le premier et le dernier au travail, il a su se créer dans sa trop courte carrière, de très vives sympathies. Il est vrai que des adversaires peu consciencieux lui avaient voué, en revanche, une haine irréconciliable. Dans son service si important, depuis le plus petit jusqu'au plus grand, il savait se concilier tout le monde et nous nous rappellerons toujours les paroles d'un de ses plus modestes employés qui, tout ému, est venu nous apporter la fatale nouvelle : « Nous perdons en M. Durand-Claye, le meilleur des chefs et le plus aimé en même temps que le plus juste. » C'est la plus belle et la plus sincère des oraisons funèbres.

Les obsèques de M. Durand-Claye ont eu lieu lundi matin, au milieu d'une affluence considérable. L'inhumation s'est faite au cimetière Montmartre, où M. Darlot, président du Conseil municipal, et M. Alphand lui ont rendu les derniers hommages.

« Son œuvre d'ingénieur, a dit M. Darlot, et les nombreux ouvrages qu'il laisse assurent à son nom une place considérable dans les annales parisiennes. Il restera dans notre souvenir comme dans le cœur de ses collaborateurs qui rendent tous pleine justice à la droiture de son caractère, à son esprit libéral, à son équité comme la personnification d'un ingénieur savant, studieux, passionément dévoué à Paris. »

« Sur cette tombe, a dit M. Alphand, je prends l'engagement de ne pas laisser inachevée l'œuvre de Durand-Claye ; je veux la poursuivre, et pour la mener à bonne fin je compte sur tout le dévouement de mon vieil ami qui partage avec moi le fardeau de la direction des travaux de Paris; je compte aussi sur le dévouement de mes collaborateurs plus jeunes, qui me donneront, j'en suis sûr, tout leur concours, sans compter avec leur intérêt personnel, n'ayant en vue, comme toujours, que l'intérêt supérieur de la Ville de Paris. Messieurs, on élève des statues à des guerriers qui ont rendu à leur patrie des services glorieux en sacrifiant la vie de nombreux soldats : je voudrais les mêmes hommages pour Durand-Claye, dont la trop courte carrière de savant et d'hygiéniste n'a eu qu'un but : sauvegarder la vie de ses concitoyens. »

Nous adressons à madame Durand-Claye, avec tous nos regrets, nos plus respectueux compliments de condoléance. B.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 22 avril 1888 au samedi 28 avril 1888, les naissances ont été au nombre de 1218, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 463 ; illégitimes, 176.

Total, 639. — *Sexe féminin :* légitimes, 429 ; illégitimes, 170. Total, 579.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 avril 1887 au samedi 28 avril 1888, les décès ont été au nombre de 1002, savoir : 524 hommes et 478 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 8, T. 15. — Variole : M. 4, F. 5, T. 9. — Rougeole : M. 4, F. 5. T. 9. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 23 F. 25, T. 48. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 75. T. 200. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 10. T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 4, F. 3. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 35. T. 49. — Méningite simple : M. 27, F. 20. T. 47. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 32. T. 56. — Paralysie : M. 1, F. 6. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 2. T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 41. T. 71. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 13 T. 24. — Bronchite chronique : M. 18, F. 14. T. 32. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 15. T. 31. — Pneumonie M. 32, F. 29. T. 61. — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 12. T. 25. —Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 8. T. 18 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3. T. 5.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13, F. 14, T. 26. — Sénilité : M. 9, F. 20. T 29. — Suicides : M. 19, F. 2 T. 21.— Autres morts violentes : M. 4. F. 1. T. 5. — Autres causes de mort : M. 82 F. 66. T. 148. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 3. T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 99, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 36, illégitimes, 16. Total : 52 — *Sexe féminin :* légitimes, 30; illégitimes, 17. Total : 47.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.— *Concours pour l'adjuvat.* — Un concours pour six places d'aide d'anatomie s'ouvrira le lundi 11 juin 1888, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. Tous les élèves de la Faculté sont admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 7 mai au samedi 2 juin inclusivement. Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1888 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1892.

Concours pour le prosectorat. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 4 juin 1888, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris. MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours. Le registre d'inscriptions sera ouvert au secrétariat de la Faculté, de midi à trois heures, tous les jours, du lundi 30 avril au samedi 26 mai 1888 inclusivement. Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1888 ; leur temps d'exercice expirera le 1er octobre 1892.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. GRANEL, agrégé près ladite Faculté, est chargé en outre, du 1er au 31 octobre 1888, d'un cours de botanique et d'histoire naturelle médicale.

ECOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE TOULOUSE. — M. SÉNAC, bachelier ès lettres, commis d'Académie, est nommé secrétaire de ladite Faculté, en remplacement de M. Raffy, décédé.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. — *Faculté de médecine de Breslau :* M. le Dr ROSENBACH, privat docent, est nommé professeur extraordinaire de médecine interne. — *Faculté de médecine de Wurzbourg :* M. le Dr GEIGEL est nommé privat-docent de médecine interne.— *Faculté de médecine de Vienne :* Sont nommés privat-docent : pour l'anatomie pathologique, M. le Dr KOLISKO ; pour l'anatomie, M. le Dr HOCHSTETTER ; pour la médecine interne, M. le Dr GREUNER ; pour la dermatologie et la syphiligraphie, M. le Dr EHRMANN. — *Faculté de médecine de Kœnigsberg :* M. le Dr LICHTHEIM, professeur de pathologie interne à Berne, est nommé professeur de clinique médicale.

HÔPITAUX DE PARIS.— *Concours pour la nomination de trois médecins du Bureau central.* — Le jury est définitivement constitué ; il se compose de MM. Chauffard, Fernet, Hanot, Guibout, Joffroy, Gingeot et Léon Labbé.

La question écrite, qui a été donnée au concours du Bureau central pour la médecine, a été : *Anatomie, physiologie et séméiologie des tremblements.* Les autres questions restées dans l'urne étaient: *Néphrites toxiques ;— Dégénérescence amyloïde.*

Concours pour deux places de chirurgien du bureau central. — Le jury de ce concours est constitué ainsi : MM. Trélat, Lefort, Lannelongue, Desprès, Marc Sée, B. Anger et Gouraud.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. S. E. ZAMBACO Pacha, ancien interne des hôpitaux de Paris, vient de partir il y a quelques jours pour la Palestine, la Syrie et quelques iles de l'Archipel, en vue d'y étudier les variétés de la lèpre. Nous sommes sûrs que pendant son voyage, M. Zambaco Pacha amassera de nouveaux matériaux pour ses importantes études et nous ne pouvons que nous attendre à d'intéressantes communications. (*Revue médico-pharmaceutique de Constantinople*). — M. Ch. RABOT, membre de la Société de géographie de Paris, est chargé d'une mission au Groëland à l'effet d'y poursuivre l'étude des phénomènes glaciaires et des formations quaternaires et d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous venons de recevoir le premier numéro d'un nouveau journal de médecine dont le titre est : *Revue spéciale de l'antisepsie médicale et chirurgicale* et qui paraîtra tous les mois, sous la direction de M. le Dr Debacker (de Roubaix). Nous souhaitons le meilleur succès à cette nouvelle publication.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. le Dr BROSSIER (H.), aide-médecin, est nommé médecin de 2e classe.

NÉCROLOGIE. — On annonce de Clermont-Ferrand la mort de M. le Dr BOURGADE DE LA DARDYE, professeur à l'Ecole de médecine, président du comité local de la Société française de secours aux blessés, décédé à l'âge de 68 ans. — Mlle GRABOWSKY, docteur en médecine et interne à l'hôpital de Tobolsk. — Mlle FAURE, sage-femme à la Maternité de Montpellier. — M. le Dr de CHAUMONT, professeur d'hygiène militaire de l'école de Netley. — M. le Dr BLONDEL, de Raismes. — M. le Dr BOUX, de Commercy. — M. ALEXANDRO WIEZ, d'Alais. — M. BEUGNOT, de la Nouvelle-Orléans. — M. CORNELIUS REO AGNEW, professeur de clinique ophtalmique et otologique du collège de médecine de New-York. — M. Dr P. COLLAROBEY, médecin de l'Amirauté impériale à Constantinole et bibliothécaire de la *Société de médecine.*

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr TERILLON a commencé ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme,* le mercredi 2 mai à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants :* M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL BICHAT. — *Médecine.* — M. le Dr Henri HUCHARD a commencé ses leçons de clinique et de thérapeutique médicale à l'hôpital Bichat, le dimanche 29 avril, à neuf heures et demie très précises ; il les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD commencera son cours de *dermatologie et de syphiligraphie* le mercredi 9 mai, à 4 heures de l'après-midi et le continuera les mercredis suivants à la même heure (salle des conférences).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

CHARPENTIER. — Les idées morbides et les délires de persécution. Brochure in-8 de 27 pages

DECHAMBRE (A). — Sa vie, ses œuvres, par Lereboulet. Brochure in-8 de 58 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. No 19. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 12 MAI 1888.

Le Progrès Médical

REVUE CRITIQUE

L'Endoscopie à Vienne et à Paris ;

Par M. le Dr G. RIVIÈRE.

Dans l'un des journaux de médecine les plus importants de Vienne (Autriche), le *Wiener Medizinische Presse*, a paru dernièrement une étude assez complète de l'endoscopie et principalement de la mégaloscopie. La position même qu'occupe, à Vienne, l'auteur de cet article, le Dr VRAGASSY, nous fait pour ainsi dire un devoir d'en donner une description aussi détaillée que possible. De plus, il est doublement intéressant de savoir ce qui se fait à l'étranger : d'abord, parce qu'il est important de connaître les travaux qui se poursuivent dans tous les pays, ensuite parce que l'Autriche est le pays où l'endoscopie a pris le plus de développement, surtout depuis quelques années. Les tentatives qui avaient été faites pour examiner les cavités du corps, estomac, vessie, gros intestin, étaient toutes restées plus ou moins infructueuses jusqu'à ces dernières années. L'emploi des instruments seuls de Leiter avait pu être tenté malgré les imperfections du système optique, jusqu'au jour où l'un de nos confrères et compatriotes, le Dr Boisseau du Rocher, modifia et bouleversa de fond en comble les conditions dans lesquelles était construit le système optique, et porta, comme le dit le Dr VRAGASSY, ces instruments « *au plus haut degré de perfection.* » Nous sommes heureux de voir quel accueil a été fait, par nos confrères de Vienne, à des travaux français ; heureux aussi de l'hommage rendu par eux à la médecine et à la science française. L'idée première d'inspecter les cavités par la vision directe est dûe à Nélaton, et l'exécution la plus parfaite, après tant d'années et de recherches et de tâtonnements, au Dr Boisseau du Rocher.

Au mois de juillet 1885, dit le Dr Vragassy, M. le Dr Boisseau du Rocher, à Paris, soumit à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine un instrument construit d'après ses données, et qu'il appela *mégaloscope*, instrument ayant pour but de faciliter l'inspection des cavités du corps (estomac, vessie, gros intestin, etc.) à l'aide d'un éclairage artificiel.

Durant mon dernier séjour à Paris (1886), j'ai eu l'occasion, en assistant à la clinique de M. Péan, à l'hôpital St-Louis, de voir cet instrument employé et pour le diagnostic et pour l'opération. A l'instigation de M. Péan, M. le Dr Boisseau du Rocher eut la bonté de me démontrer son instrument dans tous ses détails, et de m'autoriser à utiliser comme il me plairait les démonstrations données. (1).

M. Péan, qui aime à examiner, avec un enthousiasme bien français et une profondeur bien allemande, toutes les inventions qui touchent la chirurgie pratique, fut le premier à Paris qui fit des expériences avec le mégaloscope du Dr Boisseau du Rocher, en l'employant pour l'inspection et pour l'opération. Le succès obtenu fut retentissant autant pour le diagnostic que pour l'opération. A ce moment là, un instrument construit et fonctionnant avec une telle perfection fut une haute nouveauté, même à Paris. A peine trois mois plus tard, me trouvant à Londres, je fis la rencontre d'un opticien américain occupé à apporter certains perfectionnements au mégaloscope du Dr Boisseau.

Si je ne me trompe pas, cet instrument est, encore aujourd'hui chez nous, une nouveauté. Je me permets de donner ci-après la description de cet instrument et de son emploi, afin de remplir cette lacune qui existe chez nous dans les instruments de diagnostic et d'opération.

(1) M. le Dr Boisseau me permettra de lui exprimer ici publiquement mes remerciements.

Mais avant, je dirai quelques mots de l'histoire de l'endoscopie. Depuis Nélaton, à qui, autant que je crois, revient le mérite d'avoir donné l'idée d'éclairer artificiellement des cavités comme la vessie, etc., une foule d'inventeurs ont surgi qui, soit par la diaphanoscopie, soit par voie directe, ont réalisé l'idée du grand maître avec plus ou moins de succès. C'est ainsi que de nombreux instruments ont été inventés, parmi lesquels il faut surtout mentionner celui de Leiter. L'expérience a démontré depuis que les seuls instruments à prendre en considération sont ceux qui reposent sur le principe de l'inspection directe. Les instruments de Leiter et de Boisseau appartiennent à cette catégorie. Mais la différence qui existe entre eux en principe, construction, forme, mode d'emploi et efficacité, apparaît dans la description du mégaloscope de Boisseau.

L'inventeur fait dériver la dénomination de mégaloscope du champ relativement grand obtenu par le système optique qu'il a choisi. Le diamètre moyen de l'étendue de muqueuse observée est de 15 centimètres. Les perfectionnements apportés récemment à l'instrument permettent un agrandissement additionnel de l'image dont le diamètre varie selon la nature de la cavité et sa capacité. En moyenne, l'image projetée, l'objectif étant distant de 0,07 cent. de la paroi de la cavité, est une circonférence de 0,20 cent. de diamètre. Cette dimension moyenne correspondant à la vessie est naturellement plus petite dans le gros intestin et plus grande dans l'estomac. Toute cavité doit donc être examinée en deux fois ; de cette façon la lésion d'un organe peut être observée non seulement dans sa totalité, mais encore dans ses rapports avec les parties saines avoisinantes et cela en une seule inspection. Une autre qualité très importante est que son système optique est réglé pour n'importe quelle distance, sans mise au point, de sorte que tout organe peut être inspecté en grandeur naturelle et tel qu'il apparaît à l'œil nu. Enfin, chacun des instruments est pourvu de deux oculaires : un no 1 pour les proportions naturelles, et un no 2, une loupe qui, mise à la place du no 1, donne un grossissement de la lésion.

Pour faire comprendre le mécanisme de l'instrument, je crois devoir ajouter quelques mots sur son emploi. La cavité qu'on veut inspecter doit être dilatée d'abord, afin que la membrane muqueuse apparaisse tendue devant l'objectif. L'estomac peut être distendu par l'air, la vessie par un liquide. Le gros intestin est distendu au moyen d'un dilatateur spécial. C'est au moyen de ce même dilatateur qu'on lave la muqueuse pour enlever les mucosités et les impuretés qui peuvent la recouvrir. Celui-ci est composé d'une sonde à double courant. Sa partie supérieure porte cinq tiges d'acier mobiles, faites de manière que, les deux tiers inférieurs restant rigides, le tiers supérieur soit élastique, de telle sorte que l'instrument cède proportionnellement à la pression de la paroi de l'organe ; c'est ainsi qu'on évite de la percer (1). Les lames d'acier sont mises en mouvement et écartées par un tube central mobile terminé par des charnières. Ce tube qui sert en même temps à évacuer l'eau du lavage, porte à son bout inférieur une vis pourvue d'une roue à main. En tournant cette roue, on avance ou on retire à volonté le tube ; les

(1) L'instrument fut employé pour la première fois à la clinique de M. Péan, à l'hôpital Saint-Louis, pour examiner un carcinome ulcéré de l'intestin ; quoique la muqueuse fût extrêmement malade et sans résistance, aucune déchirure ne se fit. L'instrument fonctionna très bien.

charnières des lames écartent alors ou rapprochent celles-ci. La hauteur du pas de vis est calculé de façon qu'un tour de roue produit une distension de 0,2 cent. La partie tendue prend la forme d'un œuf et c'est dans le milieu de cette cavité oviforme qu'on introduit ensuite la principale pièce du mégaloscope.

Celui-ci est composé d'une sonde métallique longue de 0,40 cent. et ayant un diamètre de 0,07 mill. à l'extérieur et de 0,06 mill. à l'intérieur. La sonde est composée de tubes concentriques de 1/10 de mill. d'épaisseur, qui portent dans l'intérieur des fils conducteurs pour l'alimentation de la lampe à incandescence. Le tube extérieur porte à son extrémité la lampe à incandescence enfermée dans un globe, tandis que la partie optique, composée d'un prisme et de deux lentilles est fixée sur le tube intérieur. La partie optique est mobile, afin qu'on puisse sans difficulté procéder au nettoyage. L'extrémité de l'instrument reçoit alors un télescope, dit télescope mégaloscopique qui sert, comme il a été dit, à donner l'image de la muqueuse à examiner en grandeur naturelle ou agrandie. Le télescope mégaloscopique consiste en un tube fixe qui porte l'objectif, et un autre mobile pour recevoir les différents oculaires. Cette disposition permet d'adapter l'instrument à tout œil, sans nécessiter pour cela un mécanisme spécial à l'intérieur. De plus, les dispositions spéciales de la partie optique permettent d'embrasser à la fois toutes les parties d'une cavité dans ses plans différents, et cela sans mécanisme spécial.

Le mégaloscope à vessie est construit comme le précédent; c'est pourquoi, en dehors de quelques particularités, je ne parlerai que des différences de forme et de grandeur, variant avec la nature des organes à examiner. En construisant le mégaloscope à vessie, il devient nécessaire de prendre en considération la différence de conformation de l'urèthre de l'homme et de la femme, et de construire des instruments pour les deux sexes. L'instrument destiné à l'inspection de la vessie de femme est droit, et ne diffère de celui à intestin que par la longueur. L'instrument destiné à l'inspection de la vessie d'homme a la forme d'une sonde recourbée dont l'extrémité porte la lampe à incandescence. Comme les deux sondes ont le même diamètre, la même partie optique peut servir aux deux instruments. Dans le mégaloscope à vessie, le prisme doit être disposé de façon à être facile à couvrir, pour empêcher que les mucosités ne le ternissent, pendant le passage dans l'urèthre. C'est dans ce but qu'on tourne, avant l'introduction, le tube intérieur pour masquer le prisme. Un index extérieur permet de savoir à quel moment le prisme se trouve dans la position demandée. Enfin on fixe la lunette.

Le diamètre des sondes est le même que celui du mégaloscope à intestin, c'est-à-dire du n° 21 de la filière. De même que pour l'intestin, il est important que la muqueuse de la vessie soit propre, et débarrassée de tous corps y adhérents.

Le lavage de l'estomac est plus important encore. Tout le monde sait quelles difficultés s'opposent à l'inspection de l'estomac quand la muqueuse n'est pas absolument débarrassée de toute impureté. A différentes reprises, M. Boisseau me prouva que ses expériences nombreuses, faites à ce sujet, l'avaient conduit à cette conclusion invariable que la sonde à simple courant appelée siphon était tout à fait insuffisante au lavage à fond de l'estomac. A l'aide du siphon, l'eau revient trouble encore parfois la dixième fois chez le même malade, quoi qu'elle soit revenue claire à la deuxième et troisième reprise. La conclusion déduite par lui pour la pratique est : 1° Au point de vue thérapeutique, le lavage au siphon est efficace malgré son insuffisance, non par le nettoyage de la muqueuse mais plutôt par l'effet hydrothérapique. 2° Le nettoyage est tout à fait insuffisant pour l'opération dont il s'agit ici.

Ce furent ces deux motifs qui déterminèrent l'inventeur à faire construire une sonde à double courant (1). Cette sonde constitue une partie essentielle de son mégaloscope, et donne à l'instrument, selon moi, une valeur hors pair. Cette sonde, relativement petite, absolument lisse, et, pour ce motif, facile à introduire a une vitesse d'écoulement de 10 litres par minute, sans aspiration, 15 litres avec aspiration. Cette sonde, construite également pour la vessie, mais avec un plus petit calibre, a encore une vitesse d'écoulement de 0,5 litres par minute, sous pression hydrostatique. La « *vis a tergo* », agissant comme levier, joue le rôle de pompe aspirante; naturellement cette vitesse, pour la vessie, dépend de la hauteur à laquelle est couché le malade. On entretient de la sorte, dans l'organe, un tourbillon liquide, sans qu'on ait à craindre de léser la muqueuse qui peut être lavée sans difficulté et sans incommodité pour le malade.

N'importe quel appareil à injection peut être joint au tube introducteur, pourvu qu'il permette de régler la vitesse du courant. Le Dr Boisseau emploie à cet effet un appareil en caoutchouc à deux boules. L'avantage de cet appareil est qu'il est facile à manier à cause de son petit volume.

Le tube d'écoulement agit tout seul comme levier; ou bien on le met en communication avec un appareil d'aspiration de construction particulière. L'aspiration n'est pas assez énergique pour qu'on puisse craindre d'aspirer la muqueuse et de la léser; suffisante cependant pour augmenter ou diminuer, c'est-à-dire régler à son gré la vitesse du courant.

Ma description du mégaloscope de l'estomac s'arrête ici. Lorsque le Dr Boisseau du Rocher me démontrait l'instrument et sa construction, M. Mathieu n'avait pas encore terminé la partie mécanique. Ce que je puis dire aujourd'hui, c'est que le mégaloscope de Boisseau est recourbé à angle droit mobile, ce qui permet d'inspecter le malade assis, et que le tube qui porte la partie optique intra-stomacale est mobile, de telle sorte que, à l'aide d'un mécanisme ingénieux, il peut être avancé, reculé, et tourné autour de son axe. La partie optique est la même que dans les autres instruments destinés aux autres organes (1).

Il ne me reste plus qu'à ajouter quelques mots sur la lampe à incandescence, et sur la batterie galvanique. La lampe est enfermée, comme je l'ai déjà dit, dans un globe fixé à l'extrémité supérieure de l'instrument, devant l'objectif du système optique. L'exiguité du diamètre intérieur du globe nécessite la construction de lampes de nature particulière. Malgré son petit volume, la lampe doit être extrêmement solide, projeter une lumière suffisante, et ne pas répandre de chaleur! L'art et l'habileté du constructeur ont suffi à toutes les exigences. Les lampes de Boisseau n'ont que 0,003mm de diamètre, et sont construites par L. Volts; il suffit de 3 à 4 éléments au bichromate de soude. La seule précaution à prendre est de ne leur donner que le nombre d'ampères nécessaire. Il est clair qu'une telle lampe est soumise à dure épreuve; malgré cela, elle peut être employée à beaucoup d'opérations successives, sans que le succès soit entravé par la détérioration.

L'emploi fréquent de la lampe cause souvent un inconvénient que je dois mentionner. Par suite d'une défectuosité d'activité, qu'il me soit permis de m'exprimer ainsi, la résistance du charbon augmente; cela exige un supplément d'éléments. L'on peut cependant obvier à cet inconvénient en ne donnant au courant que peu de quantité. L'on peut effectuer ce réglage d'une manière simple et facile avec la batterie indiquée par le Dr Boisseau.

Cette batterie repose sur le principe des batteries employées aujourd'hui pour la galvano-caustique, et construites sur ses indications par M. Chardin. La caisse consiste en deux vases superposés qui met en communication l'un avec l'autre au moyen d'un tube plongeant dans le vase inférieur. Quand la batterie est en inactivité, le vase inférieur contient le liquide, et le vase supérieur les électrodes de zinc et de charbon. Une poire en caoutchouc, reliée au vase inférieur par un tuyau pourvu d'un ventila-

(1) Cette sonde a été construite par M. Berguerand, fabricant d'instruments.

(1) La partie optique de ces instruments a été construite par M. Pellin (maison Jules Duboscq).

teur, y introduit de l'air qui fait monter le liquide dans le vase supérieur. L'air comprimé peut sortir par un robinet ; alors, le liquide redescend dans le vase inférieur. Le liquide employé par le Dr Boisseau est une solution de bichromate de soude, dont l'avantage est de ne pas cristalliser, ce qui est une condition indispensable aux batteries à liquide circulant. Un autre avantage consiste dans la simplicité de préparation et dans la constance, ce qui est à considérer en première ligne. Voilà ce que j'avais à dire de la batterie galvano-caustique. Le Dr Boisseau du Rocher l'a modifiée un peu pour l'éclairage. Il y a ajouté un rhéostat et un galvanomètre ; le premier consistant en une bobine entourée de fil mince et portant une pièce coulante mobile.

Ces parties fonctionnent de la manière suivante : La lampe la mieux construite se détériore, se consume si l'on donne trop de quantité au courant. Dans le cas présent, cela arriverait nécessairement. Une pression trop grande sur la poire en caoutchouc, qui met en contact une trop grande quantité de liquide avec le zinc et le charbon, augmente beaucoup la quantité du courant. Or, après avoir introduit l'instrument dans l'organe à inspecter, où la lampe n'est plus visible, il n'y a plus moyen de reconnaître à quel moment l'intensité de lumière a atteint son maximum. De plus, il est impossible d'établir des lampes de propriétés absolument identiques. Ces deux circonstances déterminèrent le Dr Boisseau du Rocher à employer un galvanomètre comme instrument de mesure et de contrôle. On n'a qu'à essayer la lampe avant de l'introduire dans l'organe, afin de savoir quel degré du galvanomètre répond au maximum d'intensité. Après avoir introduit l'instrument, il suffit de maintenir l'aiguille du galvanomètre sur le chiffre connu. Cela peut être confié à n'importe quelle personne ayant pour charge de déplacer la pièce coulante du rhéostat suivant les besoins. Un peu de circonspection suffit pour arriver à éviter tout dérangement et à obtenir une lumière absolument fixe et intense.

Nous avons tenu à donner cette étude dans son intégrité, parce qu'elle est une description assez complète d'une méthode d'investigation qui tend de plus en plus à entrer dans la pratique médicale, malgré les hésitations qu'elle a rencontrées à ses débuts. En effet, il en a été de cette découverte comme de toutes celles qui surgissent chez nous : ce n'est qu'après avoir pénétré à l'étranger qu'elle a attiré notre attention, et elle revient aujourd'hui trouver en France un accueil plus favorable ; désormais elle est acquise à la science.

Nous n'entrerons pas dans le détail des remaniements et des perfectionnements que le Dr Boisseau du Rocher a apportés à ses instruments depuis le jour où le Dr Vragassy les a connus. Cela nous entraînerait trop loin et serait trop en dehors du cadre que nous nous sommes tracé.

CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Clinique d'accouchements de la Faculté de médecine. — **M. P. BUDIN**, professeur agrégé.

De l'embryotomie *(fin)* (1);

Leçon recueillie par E. BONNAIRE.

Un procédé des plus ingénieux et dont l'idée primitive remonterait à Ph. Boyer est celui de la serscission que M. Pajot a appliqué à l'embryotomie. Il consiste à faire passer une ficelle de fouet sur le cou du fœtus et à opérer la section des tissus par un rapide mouvement de va-et-vient de l'anse ainsi formée.

Dans ses cours, M. Pajot avait coutume de montrer expérimentalement qu'il suffisait de quelques secondes pour effectuer la décollation. En elle-même, cette méthode est simple ; il y a cependant quelques difficultés d'exécution pour la mise en place de la ficelle. Afin de l'introduire, M. Pajot se sert du crochet du forceps à l'extrémité duquel on adapte une balle de plomb. Cette balle est fixée au bout de la ficelle ; quand elle a été séparée du crochet, elle obéit à la pesanteur, tombe dans le vagin et entraîne avec elle le fil de fouet. Les deux chefs du fil sont alors passés à l'intérieur d'un spéculum en bois ou traversent le vagin dont les parois sont écartées par deux manches de cuillers à soupe.

Le procédé de la balle de plomb est souvent malaisé à mettre en pratique. Il se peut, en effet, que la balle demeure retenue entre le fœtus et les parois utérines et que la main qui va à sa rencontre ait grand peine à la saisir.

G. Kidd, de Dublin, a décrit un moyen ingénieux pour introduire la ficelle autour du cou. Dans l'intérieur d'une sonde en gomme, il place un mandrin et il recourbe en crochet la sonde et le mandrin. Ce crochet est mis sur le cou de l'enfant ; sur le mandrin maintenu fixe, il suffit de faire glisser la sonde de bas en haut, pour que son extrémité recourbée descende dans le vagin et puisse être amenée à l'orifice vulvaire. On attache à la sonde la ficelle qu'il est dès lors fort aisé d'entraîner autour de l'enfant, d'abord par un mouvement en sens inverse de la sonde sur le mandrin, puis en attirant la sonde et le mandrin hors des organes génitaux.

Mais le fil de fouet, si difficile à placer dans certains cas, offre encore deux inconvénients : il est susceptible de se rompre par usure et, s'il passe facilement au niveau des disques cartilagineux inter-vertébraux, il ne réussit pas à diviser les os eux-mêmes.

Pour faire face au premier de ces desiderata, M. Pajot recommandait d'employer une longue ficelle, et dans les mouvements de va-et-vient de changer fréquemment la partie sectionnante.

M. Pierre Thomas, par un heureux perfectionnement, est arrivé à rendre la ficelle à la fois plus solide et plus coupante, en l'entourant d'un fil de fer très ténu enroulé en spirale. La ficelle ainsi modifiée a reçu le nom de ficelle-scie, sa résistance est telle qu'elle permet de scier des os d'adulte. Pour la passer plus aisément, M. Thomas la fixe sur la convexité cannelée d'un crochet semblable à celui de C. Braun ; il laisse pendre au-dessous de l'olive du crochet deux ou trois anses munies de grains de plomb et destinées à fournir une prise à l'index qui doit entraîner la ficelle. Les deux chefs de la ficelle-scie sont ensuite glissés dans deux cylindres creux accolés comme deux canons de fusil ; l'extrémité supérieure de ces cylindres est mise en contact avec le fœtus et la protection du vagin est ainsi assurée.

Mon collègue et ami M. Ribemont-Dessaignes, frappé des difficultés qu'on rencontrait à introduire le doigt dans une anse de ficelle de l'appareil de Thomas, souvent redressée au-dessus de l'olive du crochet, et inquiet des dangers que font courir à la paroi utérine, pendant l'opération, les secousses transmises à travers le corps du fœtus, a été plus loin encore dans la voie du perfectionnement de la méthode de serscission. L'embryotome qu'il a fait construire se compose de deux conducteurs cannelés et isolés destinés à enserrer le cou du fœtus d'une anse presque complète ; ils sont réunis l'un à l'autre par continuité à leur extrémité profonde dans l'intérieur des organes génitaux, par contiguité dans la portion de l'instrument qui reste au dehors. Le premier conducteur est d'abord in-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 19, p. 335.

troduit; sa forme est celle d'un crochet mousse à très large ouverture et il offre une rainure dans laquelle glisse un ressort d'acier terminé à son extrémité profonde par un anneau mobile en tous sens; grâce à cette disposition, l'anneau ne peut échapper à la saisie de l'index et il est aisément amené à la vulve. Sur le ressort d'acier attiré au dehors est glissé le second conducteur qui vient ainsi s'emboîter avec le crochet placé au-dessus du fœtus. Une armature relie solidement les deux conducteurs à l'autre extrémité et transforme l'instrument en un collier rigide qui entoure le cou de l'enfant. La seconde tige conductrice est légèrement incurvée à sa partie supérieure de telle façon que, mise en place, elle constitue avec la première plus d'un demi-anneau qui maintient le cou en place et l'empêche d'être entraîné de haut en bas par les mouvements de va-et-vient imprimés à la ficelle-scie. Le mandrin de baleine permet, en effet, de faire passer une ficelle-scie de P. Thomas qui, pendant la section, ne peut léser les parties maternelles ni par pression directe, ni par propagation des secousses.

Pour terminer cette nomenclature, très incomplète cependant, d'instruments et de procédés, il me reste à vous parler de l'embryotome auquel j'ai dû avoir recours dans le cas clinique dont nous nous occupons. Cet instrument a été imaginé par M. Tarnier en 1885. Il se compose essentiellement d'un crochet analogue comme forme à celui de Braun, et d'une lame tranchante triangulaire qui glisse dans une rainure le long de la tige du crochet; arrivée au bout de sa course la lame s'adapte exactement dans l'angle ouvert en bas du crochet. Bien qu'on ait déjà songé à pratiquer l'embryotomie en saisissant le cou du fœtus entre une tige courbe et solide destinée à jouer le rôle de point d'appui et une lame tranchante, on n'avait jamais obtenu de bons résultats de ce procédé. C'est qu'il ne suffit pas, pour sectionner des tissus à la fois élastiques et résistants, d'appliquer sur eux, même avec force, une lame coupante; il est surtout nécessaire d'imprimer à cette lame un mouvement qu'on pourrait dire tangentiel à la surface qu'on veut diviser. Le tranchant de l'embryotome de M. Tarnier, disposé en biseau et assez semblable à un uréthrotome, remplit parfaitement cette dernière condition.

L'opération faite avec l'embryotome de M. Tarnier comprend trois temps. Dans le premier, on met l'instrument en place : le crochet séparé de la lame est introduit à plat et guidé sur la main à l'intérieur des voies génitales; il est glissé entre la symphyse pubienne et le fœtus. Son extrémité boutonnée est alors tournée en arrière et par un mouvement d'abaissement, mouvement de haut en bas et d'avant en arrière imprimé à l'instrument, le cou se trouve serré dans la concavité du crochet. Ceci fait, et le crochet étant bien solidement assis au moyen de quelques tractions, on glisse dans la rainure la lame coupante à côté de laquelle se trouve une plaque protectrice mobile qui la dépasse un peu, jusqu'à ce que cette dernière soit en contact avec la partie à diviser. On fixe la lame coupante au moyen d'un verrou pour l'empêcher de rétrograder, et on met à nu le tranchant en reculant la gaîne.

Le second temps comprend la section : on fait progresser le couteau à travers les tissus enserrés et maintenus dans le crochet; on obtient ce résultat à l'aide d'une poignée olivaire placée à l'extrémité extérieure de l'instrument, poignée qui met une vis en mouvement. D'habitude, lorsqu'il s'agit d'une simple décollation et que le crochet est bien placé, une seule excursion de la lame poussée à fond suffit pour faire la division totale; reste-t-il quelques lambeaux à trancher, on recule un peu la lame, on saisit ces lambeaux dans la concavité du crochet, puis on manœuvre de nouveau le couteau. Tout étant sectionné, l'embryotome est facilement entraîné au dehors.

Le troisième temps, qui comprend l'extraction du tronc et de la tête, ne diffère en rien de celui que je vous ai décrit en parlant des ciseaux de P. Dubois.

Si les divers instruments que je viens de passer en revue devant vous se valent sensiblement pour effectuer la décollation dans la première des trois catégories de présentation de l'épaule que j'ai admises, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit de la seconde, de celle où le cou, arrêté au voisinage immédiat de la ligne innominée, n'est que difficilement accessible. C'est en présence d'un cas de ce genre que nous nous sommes trouvé dans l'observation qui nous occupe.

En explorant le pourtour de la partie fœtale profondément engagée, je me rendis compte qu'il me serait absolument impossible d'amener la région cervicale, non seulement au centre du bassin, mais même dans l'aire du détroit supérieur; je n'arrivais qu'à grand peine à passer l'index et le pouce de la main droite autour du cou de l'enfant, la contraction persistante de l'utérus empêchait tout déplacement de la partie fœtale. Comme la main gauche ne pouvait être placée sur la colonne cervicale, c'est elle qui était aisément mise à manœuvrer les ciseaux; or, ces instruments sont faits pour être tenus de la main droite, avec la main gauche on écarte involontairement les lames au lieu de les rapprocher et on ne coupe rien : quiconque s'est vu dans la nécessité de faire une embryotomie avec les ciseaux de P. Dubois tenus de la main gauche connait le supplice qu'endure l'opérateur, je l'ai éprouvé pour ma part. Je dus donc renoncer à l'emploi des ciseaux, qui constituent pourtant l'instrument le plus simple, le plus facile à tenir en état complet d'asepsie.

L'embryotome de M. Ribemont-Dessaignes était d'un usage également impraticable. Cet instrument, vous l'avez vu, est construit pour enserrer le cou du fœtus; placé obliquement de haut en bas et de gauche à droite, il devait nécessairement comprendre entre ses branches une partie du tronc; il devenait ainsi impossible de l'articuler. Malgré les avantages qu'il présente, il me fallait donc également le rejeter.

J'étais amené de la sorte, sans avoir l'embarras du choix, à me servir de l'embryotome de M. Tarnier. Je devais, quoiqu'avec dificulté, parvenir à le placer sur la base du cou : une fois le crochet bien fixé, la section avec la lame tranchante devenait possible. Etant donné l'obliquité forcément imposée à la tige de l'instrument et le défaut d'espace entre le fœtus et la paroi antérieure du bassin, je fus obligé de passer le crochet en arrière, contrairement à la règle que je vous ai indiquée. A la première application, je sentis en serrant la lame à fond que je coupais des parties molles et une certaine épaisseur de la colonne vertébrale; sans retirer le crochet, je saisis le reste de la tige rachidienne et une deuxième section acheva de la diviser. Le refoulement des tissus du cou étant devenu facile et me laissant maintenant plus de place pour manœuvrer, j'appliquai le crochet en avant. Toutes les parties molles furent saisies dans la concavité de l'instrument et l'embryotomie fut complète. Une traction sur le bras amena aisément le tronc au dehors.

Les contractions utérines étaient tellement intenses,

malgré l'anesthésie chloroformique, que la tête suivit aussitôt ; je dus la retenir à la vulve, tant elle était violemment propulsée. La délivrance spontanée se fit immédiatement. Je lavai le cavité utérine avec deux litres de solution de sublimé à 1 p. 2000. Les suites de couches furent absolument normales, il n'y eut aucune élévation de température.

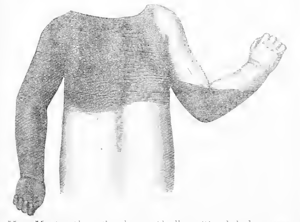


Fig. 55. — Montrant la section du cou et la disposition de la bosse sanguine.

L'examen du cadavre fœtal nous montra les particularités suivantes : une bosse séro-sanguine recouvrait le bras et l'épaule gauches et s'étendait sur toute la région dorsale du fœtus, depuis le cou jusqu'à la partie supérieure des lombes (voyez *fig.* 55). La région cubitale droite qui faisait procidence offrait également une bosse séro-sanguine limitée ; l'existence et la disposition de cette bosse séro-sanguine confirmait ainsi nettement le diagnostic de présentation du dos.

La dissection a montré que l'embryotomie n'avait pas été faite sur le cou à proprement parler ; la lame avait rasé et entamé la partie supérieure du tronc qui était sectionné suivant une direction doublement oblique, d'avant en arrière et de droite à gauche. L'instrument avait coupé la première côte droite à un centimètre de son insertion vertébrale et la première vertèbre dorsale à sa partie inférieure et droite, il avait aussi coupé obliquement le corps de la deuxième vertèbre dorsale dont le plateau supérieur était resté attaché au segment céphalique de la colonne. La deuxième côte gauche avait été sectionnée à deux centimètres et la première à un centimètre et demi de la tige vertébrale. Le bord spinal de l'omoplate gauche avait été entamé et la plèvre gauche était ouverte à son sommet.

Dans la troisième catégorie des faits où on est appelé à pratiquer l'embryotomie, les conditions de l'opération sont encore plus défavorables que dans le cas précédent. Le fœtus remplit l'excavation, le cou est situé au-dessus de la ligne innominée, il est inaccessible : la décollation est absolument impraticable et l'embryotomie doit porter sur le tronc lui-même, sur le thorax ou l'abdomen. On peut alors, après avoir fait l'ablation du bras procident, refouler la partie supérieure du tronc, appliquer un crochet sur le siège et amener la sortie du fœtus par un mécanisme qui imite la version spontanée : on produit ainsi la version forcée.

On peut aussi, le bras étant laissé intact, appliquer le crochet sur la partie inférieure du tronc et déterminer l'évolution forcée, comparable à l'évolution spontanée. L'ouverture du thorax et de l'abdomen ainsi que l'éviscération favorisent cette évolution forcée.

On peut enfin sectionner en deux tout le tronc du fœtus : colonne vertébrale, côtes, sternum, etc... Cette opération est parfois longue et pénible ; il est possible de la pratiquer avec des ciseaux, mais mieux vaudrait encore recourir en pareille circonstance à l'embryotome de M. Tarnier. On place le crochet soit sur le thorax, soit sur l'abdomen et en trois ou quatre applications on est assuré d'obtenir une section aussi nette et aussi complète que possible.

Cet instrument est, je le reconnais, moins simple, plus coûteux, plus difficile à tenir propre que les ciseaux de P. Dubois, mais il permet de réussir, vous l'avez vu, là où on échouerait avec ces derniers. L'embryotome de M. Tarnier a déjà été employé une dizaine de fois avec succès, il est parfaitement applicable dans les trois catégories de faits que j'ai cru devoir distinguer : il constitue donc un grand progrès.

TÉRATOLOGIE

Malformation congénitale ;

Par le Dr **Alexandre PARIS**, médecin-adjoint de l'Asile d'aliénés de Châlons-sur-Marne.

Nous rapportons l'observation suivante comme pouvant faire suite à celles publiées par MM. Bourneville et Raoult dans le numéro du 10 septembre 1887 du *Progrès médical*.

B... Jean-Marie-Léon, âgé de 13 ans, entre à l'asile de Châlons le 28 octobre 1884 ; il vient de la prison de Reims où il était interné sous l'inculpation d'incendie volontaire et de vols. Son développement physique n'est pas en rapport avec celui d'un enfant de son âge. Il porte sur la tête, du côté gauche, une longue cicatrice qui forme presque un quart de cercle autour du crâne et qui résulte d'un accident survenu quand il était encore tout enfant ; il a failli avoir la tête écrasée par une roue de voiture. Cet accident n'a peut-être pas été sans influence sur le développement des facultés intellectuelles qui sont assez bornées (voir *fig.* 56).



Fig. 56. — Main droite — 1. Doigt supplémentaire, un peu retourné sur lui-même — 2. Pouce. Un peu d'arrêt de développement. — 3. Annulaire mal conformé, tordu sur lui-même, toujours dans la position indiquée par la figure.

Néanmoins, B... a pu apprendre à lire et à écrire, mais la mémoire des dates n'existe chez lui qu'à l'état rudimentaire et il y a, avant tout, prédominance de mauvais instincts. La volonté est souvent en défaut : à la prison, ses camarades lui font faire ce qu'ils veulent : sur leurs conseils, il avale un jour du verre pilé, — une autre fois, agacé par une démangeaison au niveau de sa cicatrice, il se gratte avec un morceau de verre

et se met la tête en sang. Lui fait-on une observation, il répond : « on m'a dit de le faire, j'ai obéi. »

D'humeur inégale, très changeante, il est tantôt gai, tantôt sombre, morose, et, dans ce dernier cas, il recherche l'isolement et il manifeste des idées de suicide, parfois il se déshabille complètement. Il a des habitudes de masturbation.

Cette dégénérescence intellectuelle est en rapport avec une dégénérescence physique manifeste: Le jeune B... est *polysarcique*, il présente un *développement irrégulier des dents*, la *voute palatine est ogivale*, la *main droite mal conformée*. *Hérédité probable*.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

La question du service de l'hydrothérapie et des bains externes dans les hôpitaux de Paris.

Nous avons démontré précédemment (1), par l'histoire documentaire de cette question, que le service balnéothérapique et hydrothérapique des hôpitaux et hospices de Paris n'étant pas le moins du monde en rapport avec les principes les plus élémentaires de l'hygiène et de la thérapeutique, il était devenu indispensable de procéder à sa réfection. M. Bourneville a donc saisi l'occasion pour proposer et faire adopter cette idée qu'il convenait également de dispenser au dehors les bienfaits de ces modificateurs de premier ordre et d'en assurer les avantages à tous les nécessiteux qui ne peuvent consacrer une somme d'argent hebdomadaire ou quotidienne à l'hygiène individuelle ou à un traitement obligatoire.

Il a su d'ailleurs partout adapter *le même service*, à la fois aux exigences de l'hôpital pour lequel il était reconstruit, étendu, réorganisé et aux usages des pauvres ou des malades du dehors. Car, remarquons le bien, on n'a pas dû édifier un armentarium interne et un armentarium externe. S'il est vrai qu'à l'asile Sainte-Anne on a installé un service externe spécial, distinct du service interne, occupant, en un mot, un bâtiment différent, on n'a pas été obligé de construire d'édifice particulier; c'est un local inutilisé (dit des bains résineux qui n'avaient jamais été organisés) qu'on a aménagé, et encore en spécifiant bien qu'il servirait aussi aux malades du dedans si cela était nécessaire. Partout on a été à l'économie, et, en effet, les bains internes ne correspondant plus, il s'en faut de tout, aux nécessités du traitement hospitalier, il ne coûtait pas davantage de mettre à la disposition de la *consultation externe* et des médecins du Bureau de bienfaisance les engins utiles prévus. Il existe, qu'on ne l'oublie pas, deux branches de la thérapeutique qui méritent d'être cultivées et que les médecins n'ont garde de dédaigner; tout récemment on a publié à l'étranger des livres substantiels sur ces matières qui, somme toute, ont eu pour créateur scientifique un maître français, L. Fleury. Il est superflu d'ajouter que la balnéothérapie et l'hydrothérapie doivent avoir droit de cité à l'hôpital.

Dans tous les hôpitaux, dans tous les hospices de Paris, à l'Asile clinique (Sainte-Anne), les médecins font des consultations externes qui permettent à une foule de malades de se traiter et de guérir en restant chez eux, à la condition qu'ils puissent suivre les prescriptions médicales. Or, les bains et les douches en font presque toujours partie. Cela est indéniable pour les maladies nerveuses, certaines formes d'affections mentales, les maladies cutanées, les affections syphilitiques. Cela n'est pas moins vrai pour la pathologie commune, et quant à l'hygiène, dont les indications dominent en tout état de cause, nous n'avons qu'à rappeler que par l'émonctoire des excrétions cutanées, l'économie animale se débarrasse de détritus chimiques nocifs. L'enduit, le vernis imperméable formé par la crasse, empêche une fonction éliminatrice de première importance et expose l'individu à l'auto-intoxication, à la réceptivité microbienne. En lavant la peau, en en suractivant la circulation (la surface du corps représente en vaisseaux un quart environ de la circulation totale) on fait de la physiologie rationnelle, prophylactique et curative, on aide en outre à l'action du médicament dont l'activité circulatoire facilite l'absorption et l'élimination (nous en avons un exemple frappant dans le bromure de potassium), on modifie directement la peau elle-même, on débarrasse la machine humaine de toutes sortes de scories. Or ces vérités, monnaie courante de la médecine générale, de la dermatologie, de la syphiligraphie, se sont confirmées en pathologie mentale à tel point que, comme l'ont démontré MM. Bouchereau et Magnan (1), beaucoup de psychopathies, qu'on ne supposait pas, avant cette expérience, compatibles avec l'existence en liberté, sont susceptibles de guérison ou d'amélioration, à la manière des affections ordinaires, sans que l'isolement à l'asile devienne nécessaire. Et c'est justement ce qu'il y a, au point de vue social, d'intéressant dans la pratique et la généralisation des services externes ; par la balnéothérapie et l'hydrothérapie méthodiques et scientifiques, on est en possession de moyens propres à ménager aux patients la continuation de leur profession, on leur évite l'hospitalisation ou la séquestration, on fait de la prophylaxie normale et antihospitalière, on conserve à la Société des agents utiles, des activités professionnelles qui lui seraient enlevées, et l'on décharge d'autant le budget municipal et départemental. Voyons maintenant les objections.

Cela coûte cher à l'Assistance publique. — Nous venons de répondre. Plus l'on développera l'*assistance à domicile* par l'ensemble des moyens les plus faciles à mettre en œuvre : visites médicales, consultations, distributions de médicaments et de modificateurs de tout ordre (bains médicamenteux ou non, douches, hydrothérapie, massage, électrothérapie), moins les hôpitaux, les hospices, les asiles auront de lits occupés. Nous rappellerons ici la demande adressée par les peintres et enduiseurs (2) de pouvoir être admis à prendre des bains sulfureux à certaines heures; qui niera qu'en leur accordant libéralement les remèdes éliminateurs du poison professionnel qu'ils absorbent, on ne recule leur admission à l'hopital ? Il en sera de même pour bien des professions. En ce qui concerne les travailleurs en général, les femmes, les enfants. indigents ou peu aisés, malades ou non, nous avons montré plus haut l'action bienfaisante

(1) Voy. *Progrès médical*, 1888, n° 17.

(1) V. Rapport de M. Bourneville au Conseil général, 1879. (Budget des Asiles de la Seine pour 1880, p. 28.)

(2) *Progrès médical*, 1880, n° 16, p. 310.

de l'ensemble de ces méthodes, et, finalement, l'économie que les contribuables y trouveront. Cela est encore plus exact quand on se trouve en présence de la syphilis. La vraie prophylaxie ici consiste à se montrer humain, bienveillant; à rendre l'assistance agréable, à la multiplier ; au lieu d'encombrer vos prisons spécifiques, ces écoles de tribadisme et de saphisme, et vos hôpitaux, vous atténuez ainsi la syphilis, vous diminuez la contagion. Au surplus, l'errement que nous préconisons existait depuis plus de 20 ans à la Charité et à Saint-Louis (1); nos pères avaient tracé le sillon dont le développement se dessine proportionnellement aux besoins de la cité et aux acquisitions du progrès.

On trafique des bons de bains. — Des personnes aisées se font délivrer ou achètent à bas prix des bons de bains ou de douches gratuits. — Voici notre pensée. S'il est impossible d'éviter tous les écueils, il est facile, par une organisation bien comprise, de veiller à une équitable distribution. Ce sont les médecins qui doivent délivrer et signer ces bons. Sans doute, il se peut que la consultation soit de temps à autre fréquentée par des personnes qui pourraient payer. Il se peut aussi que certains indigents en trafiquent, ou que ces personnes mêmes ne devant pas utiliser les bons, les donnent et, que, quelle que soit la filière, ceux-ci se trouvent vendus. Tout est possible, puisqu'on a vu des mendiants crasseux et pleins de vermine posséder des millions. Mais est-ce une raison pour supprimer un service utile, et ne doit-on pas penser au contraire qu'à côté de gens véritablement malheureux, il y a beaucoup de petits commerçants chargés de famille, criblés de frais, qui ne sauraient tirer qu'un bon parti de ces avantages. Sans doute, ils ont un médecin qu'ils paient comme ils peuvent, ils achètent tant bien que mal les médicaments qu'on leur prescrit. Mais, vienne une prescription balnéaire ou hydrothérapique, dont la continuité s'impose pendant un temps relativement long, il faut chaque jour, et non plus une fois en passant, trouver le prix relativement élevé (0.75 à 1 fr. au minimum) qu'on leur demande. Multipliez ce prix quotidien par des semaines, des mois et vous verrez quel sera leur embarras. Il vaudrait bien mieux leur ouvrir, moyennant une petite somme versée au bureau de l'hôpital, le service des bains. Ceci nous amène à parler de la pétition des entrepreneurs de bains privés.

Les entrepreneurs de bains privés patentables et patentés réclament contre la généralisation des services externes de balnéothérapie et d'hydrothérapie. — Il y a lieu en effet d'examiner leur plainte. Il est fort possible que les médecins trompés par des personnes indélicates et éhontées lèsent inconsciemment, non-seulement les intérêts des pauvres, mais aussi les droits d'honorables commerçants qui, fortement imposés, exercent une profession exigeant de gros capitaux, tout en se trouvant soumis à des règlements publics de toute nature. On nous permettra bien de dire que ce sont autant d'enquêtes locales à faire, autant d'examens spéciaux, de surveillances particulières à effectuer, chacun autour de son clocher, avec toute la discrétion et l'humanité que des commis intelligents peuvent apporter à cette tâche, de façon à tirer de la consultation externe, des consultations gratuites des bureaux de bienfaisance, du service dont nous venons d'exposer amplement l'utilité, tous les fruits qu'ils doivent légitimement produire. Organisez. Par contre, nous ne pouvons nous empêcher de dire à MM. les entrepreneurs que la concurrence est ouverte, que leurs machines ne demandant qu'à fonctionner, ils pourraient peut-être, afin d'attirer à eux les petites bourses, pour lesquelles un traitement quotidien et prolongé constitue un véritable sacrifice, vendre meilleur marché. Qu'ils se pénètrent bien de ce qu'est ce genre de traitement, et ils comprendront la justesse de cette observation.

(1) Voy. Rapport de M. Bourneville au Conseil municipal (21 août 1877), et *Progrès médical*, n° 23, p. 450, 1881.

L'hôpital étant un nid à microbes, bien des gens n'osent pénétrer dans les cours pour se rendre aux services d'hydrothérapie et de balnéothérapie. Il s'ensuivrait que la multiplication des services externes courrait risque d'être improductive. Il faudrait s'entendre! Les entrepreneurs de bains privés se plaignent de ce que leur clientèle aisée abuse de ces services gratuits. Et vous nous dites qu'au contraire on n'ose y aller. En effet, l'hôpital est un nid à microbes, mais les procédés mis en usage dans les salles préservent l'air ambiant dans la même mesure que l'air de la ville considéré en général. En second lieu, presque partout les services externes auront une entrée indépendante de celle de l'hôpital (1). Enfin l'expérience qu'on en a obtenu jusqu'ici ne dit point qu'on s'en éloigne. Baignoires, murs, appareils, étant bien tenus, nul ne risque rien. Il va de soi que l'administration et les médecins se préoccuperont de l'*attitude du personnel secondaire* qu'on accuse, à tort ou à raison, de manquer de politesse et de désintéressement. A Sainte-Anne, M. le médecin-adjoint est chargé de diriger le service des bains externes : qu'il y veille.

La pénétration, dans l'établissement, d'individus étrangers, offre de graves inconvénients. — L'installation que nous venons de souligner, la réglementation exacte des heures de service, l'organisation et l'aménagement bien compris (nous renvoyons aux Rapports) font tomber cet argument. Du reste, on en avait fait préalablement l'expérience dans les conditions les moins favorables, à Sainte-Anne (2), à Lourcine (3), à la Charité (4), et jamais on n'avait eu à déplorer de véritables inconvénients. Les distributions intérieures du bâtiment proposées par M. Bourneville parent, d'ores et déjà, à l'ensemble des craintes que cache cette dernière objection.

Ainsi compris, le service des bains et de l'hydrothérapie externes serait le service municipal demandé par M. Faillet. Il aurait, selon M. Bourneville, l'avantage d'être, à raison de la dissémination des établissements dans un grand nombre de régions de Paris, à proxi-

(1) C'est ce qui existe déjà à l'Asile clinique (Sainte-Anne), à Saint-Louis, à Lourcine, à Saint-Antoine, etc.

(2) Rapport au Conseil général, 1880 (Budgets d'asiles prov., 1881), p. 31.

(3) *Progrès médical*, 1881, n° 36.

(4) Conseil municipal (24 mars 1888). *Bulletin municipal officiel*, p. 597.

mité des habitants pauvres ou nécessiteux, d'éviter par cela même la concentration en un seul édifice, plus ou moins monumental, d'un grand nombre de têtes, ce qui est à considérer au point de vue de l'hygiène, d'empêcher des promiscuités que l'intervention même de la police (car la police y devrait y avoir fatalement ses entrées comme dans un théâtre) se montrera souvent impuissante à supprimer (qu'on veuille bien se rappeler l'histoire des bains publics à Rome et à Athènes dans l'antiquité), d'être, en un mot, purement sanitaire, et conforme aux vues des médecins et des hygiénistes. Au contraire, par les Thermes majestueux projetés, que de dépenses, que de déboires ne vous réserveront pas MM. les architectes et les ingénieurs ; que d'erreurs bien pardonnables, malgré l'existence de modèles, à Vienne, par exemple, pour une innovation (publicité et gratuité totale ou partielle), que de places à créer, et que de réclamations de toutes sortes ! Deux grands établissements de ce genre situés, l'un au centre du Paris de la rive droite, l'autre au milieu du Paris de la rive gauche, auxquels les ouvriers ne trouveront pas le temps de se rendre ou ne s'y rendront qu'en perdant un temps précieux presque équivalent au prix que coûte un bain, quand l'utilisation de nos hôpitaux, conformément aux vues que M. Bourneville avait fait adopter aux anciens conseils, coûte si peu, et rendra, bien comprise, les services les plus urgents. Nous avouons, malgré notre désir de voir grand et de préparer le programme de ces deux projets, comme disent les architectes, d'en tracer les indications scientifiques et professionnelles, ne point leur donner la préférence dans la situation financière de notre budget. Dans un prochain article, nous exposerons la situation des travaux et les désidérata à combler. P. Kéraval.

Hôpital St-Louis. Cours de Dermatologie. — M. le Dr Quinquaud.

L'étude des lois de la dermatologie est extrêmement utile, a dit M. Quinquaud, au point de vue de la pathologie générale. Le médecin qui, pour la première fois, veut étudier les affections cutanées, est frappé de la multiplicité de leurs formes en comparaison du petit nombre des maladies du domaine de la pathologie interne. Il est vrai que dans cette dernière nous n'assistons pas, comme dans la pathologie cutanée, à toutes les phases des différentes lésions. Mais on peut réunir, grouper ces différentes formes, et de ce groupement sont nés des systèmes et des doctrines, dont l'utilité est incontestable, mais que l'on est souvent obligé d'abandonner, quand on se trouve en face de faits indéniables qui les infirment. C'est là ce que doit faire la science. Il est nécessaire de modifier ainsi les opinions doctrinales à mesure que la science progresse, et par là de concevoir une thérapeutique qui avance de concert. Parmi les affections de la peau, une grande partie est due à l'action de substances irritantes, soit qu'elles agissent sur sa surface externe, soit par sa surface interne, c'est-à-dire par suite du contact de celle-ci avec les vaisseaux contenant un sang charriant des principes excitants. Dans le premier cas, nous pourrons citer les ecthymas, dans le second, les éruptions diverses chez les néphritiques. On a fait jouer autrefois un grand rôle aux affections constitutionnelles.

A mesure qu'on étudie plus attentivement les maladies classées sous ce titre, on voit qu'il faut faire une grande part aux affections parasitaires, infectieuses, etc. Si on examine les troubles attribués à l'herpétisme, on trouve une grande confusion, et on ne peut constituer une lésion caractéristique de cette diathèse ; l'herpétisme, dit M. Quinquaud, n'existe pas. Il faut être réservé aussi pour admettre certaines trophonévroses. Quant aux maladies microbiennes, leur nombre est considérable, et s'accroît chaque jour.

Enumérant ensuite les causes des affections cutanées, M. Quinquaud a passé en revue l'hérédité, les affections organiques, les causes alimentaires mal étudiées encore, les lésions dycrasiques, qui n'engendrent que des affections simulant les maladies cutanées habituelles. Le professeur a commencé ensuite l'étude des lésions élémentaires des dermatoses, dont il faut bien différencier les lésions secondaires surajoutées. Il groupe ces lésions élémentaires sous six chefs : la tache, la vésicule, la bulle, la pustule, la papule et la squamme. Il a laissé de côté la macule et le tubercule, qui ne conduisent qu'à des formes nosologiques isolées. Dans cette première leçon il a décrit les caractères de ces trois premières espèces. Il se propose dans le reste du cours d'exposer le diagnostic et la thérapeutique des maladies cutanées. A chaque séance il présente en outre des malades, ce qui est un grand point pour l'instruction des auditeurs dans l'étude de cette pathologie spéciale.

Clinique chirurgicale. Hôpital de la Salpêtrière, M. le Dr Terrillon.

Après un court préambule dans lequel il montre que tous les chirurgiens sont d'accord sur la nécessité de l'antisepsie, mais non sur les moyens à employer, M. Terrillon passe en revue les précautions qu'il prend pour assurer l'antisepsie dans son service. Ces précautions doivent porter sur la salle d'opération, sur les mains du chirurgien, les instruments dont il se sert, sur le malade lui-même.

M. Terrillon insiste particulièrement sur la désinfection des instruments par l'eau bouillante : les expériences de Pasteur d'abord, puis de Roux, ont démontré que l'eau à 100° détruit tous les microbes pathogènes ; les germes, il est vrai, résistent à cette température, mais ils perdent la faculté de se développer rapidement et, d'autre part, une seconde immersion dans l'eau bouillante quelques jours après, tuera les microbes auxquels les germes ont pu donner naissance. Enfin, au point de vue pratique, tous les chirurgiens qui se sont servis de ce moyen de désinfection ont eu des résultats merveilleux. Donc, après toute opération, les instruments nettoyés seront plongés 10 minutes dans l'eau bouillante et, au début de l'opération suivante, ils seront encore soumis à une immersion de dix minutes.

L'eau à 100° sert encore à désinfecter la soie, les crins de Florence ; après un bain de cinq à 10 minutes, on les place dans des flacons remplis de liqueur de van Swieten ou d'une solution phéniquée ; ils y sont conservés jusqu'au moment de s'en servir et, à cet instant encore, ils sont trempés dans l'eau bouillante.

A propos des éponges difficiles à préparer et à nettoyer d'une façon parfaite en dehors de l'hôpital, M. Terrillon recommande d'employer de petits morceaux de serviette-éponges soigneusement désinfectées. Il attire enfin l'attention en terminant sur une légère modification qu'il a introduite dans les pansements. Pour éviter le contact de l'air avec les points de suture et les petits abcès qui survenaient de temps à autre après l'enlèvement des fils, il recouvre maintenant ceux-ci d'une couche de pommade à l'iodol ou à l'iodoforme. Nous ne saurions trop encourager les étudiants à suivre cet enseignement dont ils retireront un réel profit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 avril 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. Nepveu envoie une note contributive à *l'étude des Bactéries dans les tumeurs.* Il a rencontré des bactéries dans les tumeurs ulcérées spontanément ou à la suite d'un trauma : les liquides des cavités dans lesquelles baignent parfois les néoplasmes sont, le plus souvent, le lieu d'origine de ces bactéries ; les lésions inflammatoires, spontanées ou provoquées, des téguments qui les revêtent, joueraient le même rôle. Les lésions antérieures au néoplasme (eczéma, abcès, inflammations diverses) réalisent des conditions analogues par l'introduction des microbes et leur incarcération consécutive dans certains tissus. L'irritation lente et prolongée que produit ainsi leur long séjour dans les parenchymes glandulaires pourrait être une des causes de la production ultérieure des néoplasmes. Il est probable que des bactériens d'origine externe ou contenus dans le sang trouvent, dans certains foyers néoplasiques où les éléments cellulaires sont très abondants, un lieu de culture favorable. Les bactériens, en s'y fixant, y activent le ramollissement et la destruction du tissu morbide. Il y aurait lieu de rechercher les microbes, non-seulement dans les néoplasmes ramollis, mais encore dans ceux qui sont le siège de ces hyperplasies rapides avec élévation de température locale signalées par Estlander et M. Verneuil.

M. Verneuil signale l'intérêt que présente la communication de M. Nepveu, alors qu'à l'heure actuelle l'origine microbienne du cancer ne saurait être absolument ni admise, ni repoussée.

M. Bimar adresse le résultat de ses recherches anatomiques sur la *distribution de l'artère spermatique de l'homme.* Cette artère ne se distribue au testicule qu'après s'être divisée dans l'épaisseur de l'albuginée et à la face interne de cette membrane : ses ramuscules pénètrent dans la substance glandulaire par les différents points de sa surface et décrivent dans son intérieur des arcades à convexité tournée vers le corps d'Highmore, d'où partent des ramifications destinées aux lobules. Ce mode de distribution est analogue à celui qu'on observe chez la plupart des Mammifères et en particulier chez les Ruminants.

M. Rocques étudie les *procédés de recherche des impuretés dans les alcools.* Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 5 mai 1888. — Présidence de M. d'Arsonval.

M. Ch. Richet a remarqué qu'en injectant dans les veines ou sous la peau d'un animal une solution un peu forte de cocaïne on déterminait des convulsions analogues à celles de l'épilepsie partielle. Pour contrôler ces résultats il a sectionné la moelle et les convulsions ont continué à se produire ; il a enlevé les régions motrices en dose nécessaire pour produire l'épilepsie qui a dû alors être de beaucoup augmentée.

Le même auteur a pu tirer de diverses expériences la conclusion suivante : qu'il faut se garder d'administrer le chlorure aux malades qui présentent une grande élévation de la température centrale.

M. Ch. Richet remet une note de M. de Varigny et Langlois sur l'action physiologique de l'hoabago ; M. Quinquaud communique une note de MM. Arthaud et Butte sur l'action des pneumogastriques sur la sécrétion urinaire.

M. Ch. Audry rapporte l'observation d'un homme opéré par M. Tripier (de Lyon) d'un épithélioma kystique du maxillaire inférieur. L'examen microscopique de la pièce montra nettement que la tumeur s'était développée aux dépens de l'épithélium paradentaire.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Debout d'Estrées lit un travail relatif à plusieurs cas de *fragmentation spontanée de calculs dans la vessie*, observés pendant vingt ans, à Contréxeville. Les calculs qui se fragmentent spontanément sont composés d'acide urique et d'urates ; dans la plupart des cas observés, les calculs étaient de petit volume et en nombre considérable. Les causes invoquées par les auteurs, contraction vésicale, retrait du noyau des auteurs français, influence des colloïdes des auteurs anglais, ne suffisent pas à expliquer la majorité des cas observés.

M. Périer présente deux malades opérés, l'un d'*arthrectomie* pour productions organiques polypiformes volumineuses de la synoviale des deux genoux, l'autre de *ligature simultanée de l'artère carotide interne et de la veine jugulaire interne*, transpercées toutes deux par un fragment de la lame d'une épée brisée, après s'être implantée dans une vertèbre cervicale, ce fragment s'était opposé à l'hémorrhagie jusqu'à son extraction, quarante-huit heures après la blessure. Ces deux opérés sont aujourd'hui guéris.

Election de deux membres correspondants nationaux (1re division). Votants : 57 ; majorité : 29. *Premier tour* : M. Mordret (du Mans) obtient 27 voix ; M. Pierret (de Lyon) 23 ; M. Morache (de Bordeaux) 4 ; M. Chédevergne (de Poitiers) 2 ; M. Niepce (d'Allevard) 1. *Deuxième tour* : votants : 71. Majorité : 36. M. Mordret obtient 32 voix ; M. Pierret, 30 ; M. Morache, 5 ; M. Chédevergne, 2 ; M. Niepce, 1 ; bulletin blanc, 1. *Troisième tour* : M. Morache est élu par 44 voix, contre M. Pierret, 27 ; M. Niepce 1 ; bulletin blanc, 1.

Deuxième élection. Votants : 71 ; majorité, 36. Au premier tour, M. Pierret est élu par 37 voix, contre M. Mordret, 27 ; M. Chédevergne, 4 ; M. Niepce, 3.

M. Dujardin-Beaumetz, à l'occasion de la récente communication de M. Bourgeois sur l'*analgésine*, pense que l'administration de l'Assistance publique peut conserver sans inconvénient le nom d'antipyrine.

M. Grandclément (de Lyon) fait une communication sur l'*antipyrine en oculistique.* Les injections d'antipyrine, pratiquées dans les régions temporales, produiraient des résultats certains et rapides. M. Grandclément a pratiqué plus de 300 injections, à la dose de 0 gr. 25 centigrammes d'antipyrine dans dix gouttes d'eau distillée avec un demi-centigramme de chlorhydrate de cocaïne. Les injections d'antipyrine à la tempe réussissent : 1° rapidement et presque toujours contre l'élément douleur oculaire et surtout péri-orbitaire ; 2° souvent aussi, mais moins promptement et moins sûrement, contre l'élément spasme ; 3° enfin, elles modifient favorablement la plupart des processus inflammatoires du globe, surtout s'ils s'accompagnent de douleurs ciliaires ; bien plus, leur action favorable sur la marche de l'inflammation est d'autant plus évidente que la douleur est plus vive.

M. Laborde fait une communication sur la *méconarcéine*, qu'on extrait facilement de l'opium ; c'est un produit essentiellement constitué par la narcéine. La méconarcéine atténue les phénomènes excito-moteurs ou moteurs et les phénomènes de perception. M. Laborde emploie la méco-narcéine en pilules de un demi à un centigramme ; en injection sous-cutanée de un demi centigramme pour un gramme de liquide ; en sirop dosé à un centigramme par vingt grammes.

M. Peyraud (de Libourne) annonce qu'il est parvenu à découvrir le vaccin chimique dosable et les leucomaïnes-vaccin. Il admet l'existence d'un *poison rabique* dans le cerveau : il est même parvenu à isoler ce produit qui, injecté à des lapins, a engendré la rage paralytique.

M. Reynier fait une communication sur le *traitement de la scoliose* et sur l'influence des hanches gauche et de la station assise directe sur les déviations de la colonne vertébrale. A. J.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai 1888. — PRÉSIDENCE DE M. POLAILLON.

M. KIRMISSON dépose un extrait de la *Revue médicale de la Suisse Romande* intitulé : *Troubles nerveux coïncidant avec le phimosis et disparaissant après l'opération*, par REVERDIN. Adams et Sayre ont déjà signalé des cas analogues.

M. TERRILLON, à propos du procès-verbal, fait connaître aux membres de la Société qu'il a opéré le malade présenté par lui à la dernière séance. Il y avait en effet une fracture de la clavicule. Il a reséqué le cal et dès le lendemain le malade possédait des mouvements dans les doigts.

M. TERRILLON fait une communication sur un cas de *gastrostomie pour rétrécissement de l'extrémité inférieure de l'œsophage.* Homme de 52 ans, dyspeptique, mais jouissant d'une bonté santé. Un jour, en septembre dernier, difficulté de déglutition pour les solides; 15 jours après, impossibilité d'avaler les solides. Il put ingérer des liquides jusqu'en janvier 1888. A cette époque, régurgitations, puis impossibilité absolue de prendre quoi que ce soit. A son arrivée à Paris, il n'avait rien pris depuis 6 jours. M. Terrillon diagnostiqua un rétrécissement du cardia, de cause encore inconnue aujourd'hui. Il fit alors la gastrostomie et obtint un résultat excellent. Bientôt cependant le suc gastrique, qui passait par la plaie et qui était très actif et très riche en acide chlorhydrique, digéra peu à peu les bords de la fistule stomacale du côté de la muqueuse, puis du côté de la peau, et même la peau située au pourtour de l'orifice cutané. Une plaque de gangrène superficielle, analogue à celle qu'aurait produite une application de potasse caustique, se développa en peu de temps. Comme le liquide produit par l'estomac sortait constamment par la fistule, digérait de proche en proche la peau du ventre, M. Terrillon crut devoir faire construire un appareil spécial, destiné à obturer complètement cette fistule, en dehors des repas ou plutôt de l'ingestion des substances alimentaires par cette voie détournée mais plus courte. Cet appareil, constitué par deux ballons en caoutchouc réunis par une pièce intercalaire, en forme de bouton de chemise, fut placé avec difficulté, mais empêcha dans une large mesure la sortie des liquides. Depuis son application le malade va bien ; il a engraissé de 15 livres, tout en se nourrissant exclusivement par son estomac ; il ne prend absolument rien par la bouche, car son rétrécissement est toujours aussi infranchissable.

M. Terrillon insiste sur la nature de ce rétrécissement ; il croit à un cancer de l'œsophage à marche toute spéciale, mais ne l'affirme pas. En effet, dans les cas de cancer, la gastrostomie ne procure pas un soulagement pareil. Le manuel opératoire qu'il a employé lui suggère quelques remarques : il a ouvert directement l'estomac sans inconvénient.

M. SEGOND se demande si l'appareil de M. Terrillon, passant à frottement dans la fistule stomacale, ne pourrait pas être une cause d'agrandissement de cette dernière. Il soigne depuis quatre ans une malade gastrostomisée, qui pendant des mois a digéré la peau voisine de l'orifice cutané ; il a fait faire pour elle des appareils, mais ils n'ont fait qu'augmenter les dimensions de la fistule. La malade a fini par en amener elle-même le rétrécissement en plaçant une boulette de gaze dans la plaie.

M. QUÉNU fait des réserves sur la nature cancéreuse du rétrécissement qu'a observé M. Terrillon. Tous les cancéreux, dans ces conditions, meurent rapidement après l'opération. Or, le malade dont il s'agit a engraissé rapidement et est aujourd'hui en bon état.

M. TERRIER croit qu'on aurait pu serrer le diagnostic d'un peu plus près : 1° en déterminant la quantité d'urée contenue dans les urines; 2° en tenant compte de la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique : 3° en songeant aux nouvelles recherches de M. Debove sur les ulcères simples de l'œsophage. — Il est possible qu'il s'agisse dans ce cas d'un rétrécissement consécutif à une ulcération de cette nature.

M. TERRILLON répond à M. Segond que son appareil ne lui paraît pas devoir amener la dilatation de la fistule, car la partie médiane, qui l'obture, a un diamètre inférieur à celui de cette dernière. Ce qui assure la fermeture, c'est la pression des ballons de caoutchouc en dehors et en dedans des parois stomacale et cutanée. Voici qui le prouve : l'obturation n'a été efficace que lorsque la partie intermédiaire aux deux ballons a été très courte (1^{m} environ). Il a émis seulement l'hypothèse d'un cancer, mais n'y tient pas beaucoup. Pour lui, son malade n'a jamais eu d'ulcération de l'œsophage.

M. NÉLATON lit une observation de *plaie de l'axillaire* traitée par la ligature des deux bouts dans la plaie, après hémostase temporaire en agissant sur la sous-clavière à l'aide d'un expédient non signalé par les classiques. Il découvrit la sous-clavière avec peine (car il y avait fracture de la clavicule en même temps, épanchement de sang abondant dans l'aisselle, etc.) et passa au-dessous un fil avec lequel il souleva et comprima légèrement le vaisseau. Ceci fait, il incisa dans la région axillaire et lia l'artère au-dessus et au-dessous de sa blessure. Le malade resta paralysé deux mois à cause de lésions nerveuses concomitantes, mais est aujourd'hui guéri. Sa conduite n'a pas été classique, car les auteurs ne conseillent pas d'agir d'abord sur la sous-clavière ; ils veulent qu'on aillent directement lier le vaisseau rompu dans la plaie.

M. SCHWARTZ pense qu'on aurait pu se borner à faire la compression de la sous-clavière ou bien à inciser la peau et à comprimer sur la première côte sans dénuder l'artère.

M. TERRIER approuve la façon dont a opéré M. Nélaton et la remarque de M. Schwartz ; mais il préfère la compression directe, la peau incisée ou non, au procédé de M. Nélaton.

M. LE DENTU est d'avis que, s'il y a peu de sang épanché, il est inutile de faire une ligature préalable de la sous-clavière. Si l'épanchement sanguin est énorme, s'il y a du phlegmon diffus, la difficulté à trouver les deux bouts de l'artère peut être telle que la ligature d'attente de la sous-clavière est indiquée. Dans un cas, il plaça un fil sous ce vaisseau et constata que la moindre élévation de ce fil arrêtait le passage du sang. La compression est à recommander aussi.

M. TILLAUX dit que la règle classique est très bonne, mais qu'il y a évidemment des cas où il faut lier au-dessus de la plaie artérielle.

M. BERGER préfère la ligature d'attente à la compression qui est difficile à bien faire pendant toute la durée de la recherche d'un vaisseau dans une plaie irrégulière

M. TERRIER préfère la compression, surtout quand il y a du phlegmon diffus, à la ligature temporaire.

M. NÉLATON ajoute qu'on n'a pas besoin de faire une ligature serrée ; faite avec un gros catgut, un fil de caoutchouc plat, cette ligature est inoffensive.

M. DELORME lit trois observations de *phlegmon sus-hyoïdien.*

M. TH. ANGER présente deux malades, un garçon de 15 ans et un homme de 45 ans, atteint d'*adénolymphocèle.*

Une place de membre titulaire de la Société de Chirurgie est déclarée vacante. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

(Congrès de 1888)

Séance du 7 mai. — PRÉSIDENCE DE MM. PANAS et VENNEMAN.

M. Panas ouvre la séance à 9 heures, en souhaitant la bienvenue. M. Parent expose la situation de la Société. Puis M. VENNEMAN (de Louvain) est appelé à présider cette première réunion. L'ordre du jour comprend d'abord une série de mémoires sur le manuel opératoire des cataractes.

M. GALEZOWSKI (de Paris). — Sous le titre de : *Extraction des cataractes luxées*, l'orateur examine le procédé opératoire applicable aux cataractes mobiles, branlantes, luxées ou subluxées, dont il distingue au point de vue de la cause apparente trois variétés. Les unes sont manifestement dues à un choc très violent il y a eu véritable contusion. Les autres émanent de causes internes, intra-oculaires, dont les accidents inflammatoires observés sont la résultante. Enfin une troisième série se rattache à des anomalies congénitales (buphthalmie, liquéfaction du corps vitré) ; voilà ce qu'enseigne la clinique. Mais en interrogeant bien le malade, on arrive *toujours* à découvrir en tous les cas une *origine traumatique* dont le patient ne se doute pas lui-même et c'est cet accident qui a luxé ou

subluxé le cristallin (Stellvag de Carion); on en constate les traces dans l'ensemble du système dioptrique de l'œil, notamment en ce qui a trait à la zone de Zinn, partiellement ou totalement déchirée. Quand la déchirure est très petite, il arrive très souvent que la membrane hyaloïde s'étant détachée en avant, l'humeur aqueuse pénètre en arrière jusque dans la partie postérieure de ce sac, le détache encore davantage, s'infiltre dans le corps vitré, le dissocie, rompt ses attaches et sa trame; on note en effet dans cet organe ramolli des épanchements de sang qui sont l'origine de flocons, et, dans bien des cas, de hyphœma. L'ora serrata est elle-même parsemée de taches hémorrhagiques. Ce mécanisme grave, dans les cas qui pourraient en somme être tenus pour les plus favorables, indique que, dans les cataractes *subluxées*, on doit généralement *opérer de bonne heure*. Il faut employer *l'extraction à lambeau sans excision de l'iris*; une incision périphérique semi-elliptique pratiquée à 2 millim. du bord de la cornée permet d'aller avec une curette de Daviel un peu large retirer le cristallin en respectant le système de suspension et d'enveloppement de l'organe, c'est-à-dire en maintenant la barrière du corps vitré altéré. Sinon vous videz l'œil, ou, tout au moins par une iridectomie dangereuse, vous en laissez échapper une trop grande quantité. Quand la cataracte tout à fait luxée se promène dans le fond de l'œil, attendez des indications ultérieures. Cette manière d'agir a permis à l'orateur d'obtenir d'excellents résultats; il a pu conserver en quatre cas une acuité normale.

M. Fieuzal (de Paris), appelle l'attention sur le *procédé opératoire applicable aux diverses variétés de cataractes congénitales*. Il recommande la discision avec le couteau lancéolaire coudé.

M. Motais (d'Angers). — *Opération de la cataracte secondaire*. Voici les principales conclusions de ce travail. Dans les atrésies pupillaires, complètes ou à peu près complètes, lorsqu'une tendance glaucomateuse bien accusée s'oppose à l'emploi de l'atropine, l'iridectomie ou l'iridotomie, ou les 2 opérations combinées suivant le procédé de de Wecker, sont indiquées. Dans les autres cas, il suffit de l'incision simple de la fausse membrane avec le couteau de de Græfe. Mais pendant les deux jours qui précèdent l'opération instillez trois fois par jour une solution d'atropine à 0,03 pour 5. Sinon votre opération serait mauvaise et souvent impraticable. Malgré les synéchies postérieures, la tension de l'iris est telle que les partisans des fibres dilatatrices de l'iris pourraient trouver là un argument d'une réelle valeur. Une incision faite en ces conditions, lentement, sans secousses, donne d'excellents résultats; pas de complications inflammatoires.

M. Prouff (de Limoges) exalte la *supériorité du procédé par le kystitome sur le procédé par les aiguilles de Bowmann pour les cataractes secondaires*. Après avoir fait une petite incision de 2 à 3 mill. à la cornée à l'aide des petites aiguilles de Desmarres, vous introduisez un petit kystitome et vous videz la chambre antérieure, puis vous faites pénétrer votre kystitome entre la cornée et la capsule et vous déchirez cette dernière partout.

M. Abadie. — *Les cataractes secondaires* reconnaissent trois catégories. Ou la pupille est assez dilatée et incomplètement obstruée par les fausses membranes, ou elle est moyennement large et complètement obstruée par celles-ci, ou elle est complètement rétrécie, elle a presque disparu. Dans le premier cas, avec le couteau lancéolaire, on fait une incision cornéenne, par laquelle on va ensuite pincer dans de fines pinces les fausses membranes. Pour les faits de la seconde série, il a fait fabriquer un couteau engainé à ressort, qui va à point voulu déchirer la fausse membrane; cela fait, on enlève comme dans le premier cas. Enfin les exemples du 3e groupe sont justifiables du procédé de de Wecker, qui avec un couteau-pince dégage la membrane irienne rétractée vers le centre; quand l'iris n'est tendue, contractée dans aucun sens, M. Abadie, au lieu de l'irido-ectomie, qui a échoué entre ses mains, pratique une double incision *infrà* et *suprà*, réunit ces deux incisions à l'aide des branches aiguës des ciseaux-pinces et excise d'un coup de ciseau la portion intermédiaire de façon à obtenir une grande iridectomie.

M. Vacher (d'Orléans). — M. Galezowski n'a pas parlé d'un *genre de luxation opératoire de certaines cataractes*, qui se produit lorsqu'avec le kystitome on a trop fortement déchiré la capsule. Dans ce cas, pour sortir le cristallin, il convient de presser sur la plaie supérieure de la cornée, afin de faire saillir l'organe malade dans l'ouverture pupillaire; puis avec un harpon on va le chercher, et, le ramenant au centre de l'œil, on continue son opération. En réponse à M. Fieuzal, il se sert, lui, uniquement du couteau de de Græfe, mais en le prenant extrêmement petit; il pratique une incision très périphérique, sans exercer de traction de va-et-vient, en piquant successivement divers points: on perfore avec cet instrument dans ces conditions toutes les fausses membranes, quelle que soit la catégorie formulée par M. Abadie.

M. Dianoux (de Nantes) partage l'avis de M. Abadie, quant au choix du procédé. Celui de Bowmann lui a donné souvent des cyclites suraiguës. Il importe de limiter l'opération au champ spécifié et de gratifier le malade d'une ouverture pupillaire suffisante pour que la lumière pénètre dans son œil. Le procédé de M. Prouff est nocif; on risque d'aller léser le corps vitré. L'orateur remplace le kystitome, par un crochet très fin à l'aide duquel, le retournant au moment voulu, il va charger le bord supérieur de la cataracte secondaire. Mais il y a avantage à agir à l'éclairage de la lumière artificielle qui révèle mieux les colorations morbides. Il importe enfin d'enrouler sa capsule sur ce crochet en la détachant.

M. Coppez (de Bruxelles). — Pourquoi M. Fieuzal a-t-il laissé de côté l'aspiration de Bowmann?

M. Fieuzal. — Parce que quelquefois on a des raisons de croire que la cataracte est molle, alors qu'il s'agit au fond d'une cataracte dure.

M. Galezwoski. — Si vous arrachez la cataracte secondaire, si vous tiraillez, si vous déchirez la zone de Zinn, vous risquez l'iritis, l'iridochoroïdite, les hémorrhagies; vous devez vous contenter de la discision avec de très fines aiguilles disposées, quant à leur diamètre, de façon à ce que leur corps bouche l'ouverture qu'elles font et empêche la sortie de l'humeur aqueuse. La capsule doit être coupée avec le couteau et non arrachée.

M. Motais. — L'avantage justement des instillations préalables d'atropine, c'est de faciliter la discision et d'éviter, dans la plupart des cas, de déchirer les fausses membranes, ce qui est toujours dangereux.

M. Boucheron (de Paris). — *Sur une opération nouvelle de l'ectropion sénile au début.* Sous le nom de *tarsectomie*, M. Boucheron pratique une excision du cartilage tarse, du côté conjonctival, quand l'ectropion siège sur la paupière inférieure. La tarsectomie est partielle quand l'ectropion est partiel; la *tarsectomie est presque totale* quand l'ectropion est complet, c'est-à-dire quand le cartilage tarse est totalement luxé, et que la contracture de l'orbiculaire palpébral, dans l'occlusion des paupières, maintient la luxation tarsale. L'*ablation du cartilage tarse, sauf la bande de 1 millimètre attenant aux cils*, permet au muscle orbiculaire de remonter jusqu'aux cils et de réappliquer le bord ciliaire de la paupière contre l'œil.

Le redressement de la paupière est immédiat. La permanence du redressement est maintenue ultérieurement par la formation d'une petite bride cicatricielle conjonctivale substituée à la partie enlevée du tarse.

La cicatrice est cependant peu importante, parce que la conjonctive du cul-de-sac vient se souder au bord ciliaire de la paupière, soit par première intention, soit très rapidement par seconde intention.

Il n'y a pas d'ectropion consécutif, car c'est la conjonctive assez lâche de la paupière et du fornix qui remonte vers la cicatrice, et non le bord ciliaire palpébral résistant qui se déplace. Douze opérations pour des ectropions partiels ou totaux ont été pratiquées ainsi sans accident et avec résultat complet.

L'opération étant dirigée spécialement contre la luxation du cartilage tarse, *cause ultime* de l'ectropion, il y a lieu aussi de remédier aux *causes premières*, larmoiement, gonflement inflammatoire de la conjonctive, etc.

Cependant le redressement de la paupière a été obtenu dans quelques cas, avant le traitement du larmoiement, ce qui indique la valeur et la puissance de l'opération.

Comme, d'autre part, l'effet opératoire n'est pas à la merci d'une suture qui peut manquer, et comme il n'y a aucune cicatrice cutanée, le résultat de l'opération est en somme rapide certain et brillant.

M. Boucheron ne revendique point l'absolue nouveauté ou priorité du procédé (on a plus ou moins touché au cartilage tarse dans l'ectropion); il préfère insister plus particulièrement sur la facilité, la sécurité et la puissance de l'opération telle qu'il la pratique : Application de la pince de Desmarres ou de Snellen;—Incision le long du bord orbitaire du cartilage tarse; — Dissection du cartilage; — Section et ablation du cartilage à 1 millimètre du bord libre. — Pour l'ectropion partiel, extraction de la même manière de la partie du cartilage luxé. — Pansement compressif sur les paupières fermées.

M. DE LAPERSONNE (de Lille). — *De l'opération du symblépharon.* La difficulté que l'on éprouve à obtenir un résultat définitivement satisfaisant dans les cas de ce genre, justifie dans une certaine mesure les nombreux procédés opératoires qui ont été imaginés. Deux méthodes surtout sont en présence. L'hétéroplastie et l'autoplastie (greffe et glissement). La première a donné des résultats remarquables ; elle est passible de deux graves reproches : le lambeau peut se sphacéler le lendemain. Le second inconvénient s'applique à tous les procédés hétéroplastiques. Si dans la transplantation cutanée on doit tenir compte de la rétraction primitive et de la rétraction secondaire, presque toujours considérable, que devient un lambeau muqueux aussi petit que celui du symblépharon ? Il est réduit à une simple ligne qui n'augmente pas d'un millimètre la profondeur du cul-de-sac. Donc, les opérations hétéroplastiques restent très limitées comme indication, et les bons résultats de Wolf, de Wecker sont des exemples trop rares de bons résultats. Dans le symblépharon ordinaire, lorsque la paupière est fixée par de courtes adhérences convergeant vers la cornée, il faut avoir recours à l'autoplastie par glissement. Voici comment opère M de la Personne. Il divise l'adhérence en trois portions, par deux incisions allant du bord de la cornée à la paupière et dissèque le lambeau moyen de la cornée jusqu'au bord palpébral auquel il reste adhérent, dessinant aussi deux larges lambeaux latéraux par des incisions partant des portions latérales de ce bord libre. Puis il détruit complètement les adhésions profondes, rapproche les lambeaux latéraux et les enfouit profondément dans le cul-de-sac à l'aide d'un mode de suture particulier. Le lambeau moyen est au contraire appliqué contre la face postérieure de la paupière. Cette opération se rapproche du procédé de Laugier-Hart, Knapp, Alt. Elle en diffère cependant par quelques points importants. Elle a surtout en vue la conservation de la muqueuse en totalité, muqueuse qui peut être utilisée même lorsqu'elle est cicatricielle. En disséquant les lambeaux à partir du bord libre, on leur donne une hauteur suffisante, et le mode particulier de suture permet, grâce à l'absence de suppuration, par une rigoureuse antisepsie, de maintenir la conjonctive profondément enfouie dans le cul-de-sac. Le lambeau moyen a l'avantage d'opposer deux surfaces muqueuses dans la partie la plus importante, c'est-à-dire à l'union des deux lambeaux latéraux. C est à ce niveau, en effet, que se montre toujours la récidive. Deux cas d'une excellente issue ; l'opération a été faite depuis 3 et 8 mois.

M. DARIER (de Paris). — *De l'opération du ptosis.* L'opération de Dransart qui consiste à rattacher par de solides cicatrices l'élévateur de la paupière supérieure au sourcilier et à l'orbiculaire, a des inconvénients : souffrance du patient, tractions constantes sur les fils, abondance de la suppuration. M. Abadie l'a remplacée par le *plissement* du muscle abaissé, qu'il raccourcit, en agissant sur ses fibres au niveau du tendon. Excellents résultats dans six observations.

M. BOUCHERON, de même que dans l'ectropion, enlève une grande partie du cartilage tarse supérieur; il obtient ainsi une cicatrice qui relève la paupière.

M. GAYET. — Les procédés ont leurs indications suivant les cas. Il a pour son compte perfectionné le procédé de Dransart au moyen des anses galvano-caustiques qui permettent de varier les formes, les genres, les localisations des cicatrices et d'aiguilles très commodes pour passer les fils. Les cicatrices ultérieures se cachent dans les sourcils et les plis de la paupière et ne paraissent que peu.

M. VACHER (d'Orléans) a eu l'idée de résumer tous les cas dans lesquels on se trouve bien de l'*emploi du galvanocautère en chirurgie oculaire.* Il s'impose et est supérieur au thermo-cautère dans la blépharite chronique avec ulcérations (toucher légèrement), dans le trichiasis et le districhiasis (pointe galvanique destructive), dans l'ectropion (cautérisation profonde d'un angle à l'autre de l'œil en entamant le tarse), dans les kystes, chalazions, nœvi, molluscum, dans les fistules lacrymales et pour la destruction du sac, dans les conjonctivites purulentes, catarrhes printaniers, conjonctivites chroniques et granuleuses, dans les ptérygions (cautérisez au début énergiquement la conjonctive). La péritomie ignée convient aux affections cornéennes (voir thèse de Cullerre), ulcérations, scléroses cornéennes, aux maladies aiguës de l'iris, sclérotites, au kératocone (voir thèse de Gustave Guyot), à l'astigmatisme irrégulier (on forme ainsi une cicatrice cornéenne plate), au glaucome, à la sclérotomie, etc.

M. FIEUZAL (de Paris) présente précisément un mémoire sur le *traitement chirurgical du kératocone* dans lequel il vante l'excellence du galvano-cautère en semblable cas. Mais il est difficile de ne pas avoir de synéchies antérieures. Il trace des raies de feu dans les secteurs du cul de bouteille formé par la déformation, ne ménageant que le segment interne par où il pratiquera l'iridectomie. En un cas il a dû cautériser le sommet du cône et a déterminé en ce point une légère perforation ; la cornée s'est aplatie et il y a eu avantage. Les cautérisations doivent se faire en demi-cercles, croissants, ou rayons.

M. de WECKER. — Dans le kératocone il faut qu'on cautérise profondément jusque sur la membrane de Descemett. Et dans ce cas on obtient des cicatrices très marquées. Si vous allez peu profondément, vous n'obtenez absolument aucun résultat. La galvano-caustique ne vaut ici pas mieux que les opérations. Laissez la cornée tranquille.

M. GALEZOWSKI a réussi en dix-huit cas ; il n'a constaté qu'un seul exemple de synéchie antérieure consécutive. C'est la cornée qui est malade ; voici comment il convient de la guérir. Il faut aller en effet profondément, mais en ponctionnant sur la périphérie, on pratique là une incision semi-lunaire et on excise un lambeau petit, semi-elliptique, parallèle au bord cornéen. Fermez l'œil pendant 10 à 12 jours. A ce moment, la coaptation s'est faite, et avec elle une cicatrice qui change la courbure de la cornée et restitue une acuité visuelle normale ; il n'est pas rare après cela de voir qu'une myopie s'est transformée en hypermétropie. Il convient souvent d'employer l'ésérine, mais jamais l'atropine.

M. DIANOUX. — *Les affections des yeux et les hôpitaux marins.* En créant à Paimbœuf un asile hospitalier ouvert aux enfants affectés de maladies oculaires, on a depuis six mois obtenu des résultats très remarquables ; ce climat maritime convient admirablement. En un temps très court, leucomes scrofuleux, kératites interstitielles, granulations torpides, ont été modifiés. Antisepsie. Hygiène. Action sur les diathèses.

M. MASSELON (de Paris). — De la *sclérotomie équatoriale.* Nous résumons les conclusions de ce mémoire. On obtient les meilleurs résultats en exécutant une simple ponction transverse à l'aide du couteau de de Græfe, à une petite distance du corps ciliaire vers la partie inféro-externe. Ces succès se notent surtout dans les cas de glaucomes très avancés, absolus, persistants malgré l'iridectomie. A la suite de l'opération, on voit cesser les douleurs, le poli, la transparence de la cornée reparaissent, les phénomènes congestifs disparaissent, la chambre antérieure se reconstitue.

M. PARINAUD (de Paris) rappelle qu'il a proposé, il y a trois ans, sous le nom de *paracentèse,* la ponction au moyen du couteau de de Græfe, suivie, après retournement de l'instrument, d'une seconde ponction perpendiculaire à la première, de façon à ce que la plaie prenne la forme d'une piqûre de sangsue. L'opération très simple ne nécessite aucune préparation, aucun autre instrument ; elle se fait même sans cocaïne. Ce genre de plaie permet une filtration persistante.

M. DE WECKER (de Paris) insiste sur ces ponctions. Ne touchez pas au staphylome cornéen; allez, au contraire, ponctionner la sclérotique vers l'équateur.

M. VACHER (d'Orléans) a vu se former, à la suite des ponctions scléroticales vers l'équateur, de petites tumeurs ; la ten-

sion était demeurée aussi grande, quoique la sclérotique ne se fût pas ressoudée.

M. Abadie (de Paris). — *De l'opération du strabisme.* Ce sont les progrès opératoires effectués que M. Abadie résume. Il prend pour exemple le *strabisme permanent.* En faisant porter exclusivement sur l'œil dévié la combinaison de la section avec reculement du muscle rétracté et l'avancement de l'insertion antérieure du muscle antagoniste, on a entre les mains le meilleur procédé L'avancement capsulaire est une variante également bonne. Peu importent au reste les détails. Ce qui est excellent, c'est la combinaison en question. Il convient seulement d'avoir soin qu'au moment de l'opération on produise une légère hypercorrection; si plus tard cette surcorrection persiste,on en est quitte pour rompre par arrachement les adhérences. Quoi qu'il en soit, séance tenante on a rectifié la difformité. Il est inutile de prescrire des exercices orthoptiques, qui ne rétablissent pas le moins du monde la vision binoculaire par la raison qu'il existe toujours dans l'œil dévié une amblyopie congéniale dont nous ignorons la nature ; on ne constate, en effet, dans ces cas, pas de lésions ophthalmoscopiques, pas d'anomalies de la réfraction. Exercer le malade à la fusion des images, c'est par conséquent le fatiguer en pure perte. On se propose tout bonnement, en l'espèce, de remédier à une difformité et rien de plus. Dans les autres cas, par exemple dans les paralysies, qui se manifestent d'ailleurs par de la diplopie, votre opération rétablit sur-le-champ l'état des choses et supprime les doubles images. Quand vous êtes en présence des strabismes intermittents, c'est la correction de la réfraction qui s'impose.

M. de Wecker — M. Abadie a raison en ce qui concerne la question chirurgicale ; mais les exercices stéréoscopiques sont utiles, non pas chez les amblyopes, car alors, en effet, on fatigue les malades, mais lorsqu'il y a une acuité normale ; ils permettent, dans les cas de strabisme alternant, de faire fusionner les images et facilite, quand il y a diplopie, la restitution, après l'opération, de ce fusionnement.

M. Landolt (de Paris). — Les procédés orthoptiques ont une grande importance, même quand les résultats en semblent insuffisants, parce qu'ils viennent en aide à la gymnastique musculaire qu'ils régularisent, parce qu'ils rétablissent la vision binoculaire, même dans les cas les plus désespérés. L'importance de l'acuité visuelle importe peu. Il peut, du reste, y avoir vision binoculaire malgré l'amblyopie d'un des yeux (expériences de Donders, Javal, Landolt). En exerçant un œil à voir synergiquement, on le rend plus utile dans l'acte de la vision binoculaire.

M. Vacher. — Chez les très jeunes sujets à strabisme très fort, nous ne pouvons opérer, car nous devons attendre que le développement continu de l'œil remette, ce qui arrive souvent, les choses en l'état normal. Exercez-les donc par les systèmes orthoptiques monoculaires et autres, par la louchette, qui empêche l'enfant de tricher. (Louchette de Vacher.)

M. Parinaud. — L'avancement capsulaire rend de très grands services. C'est la rétraction musculaire qui produit, notamment chez l'hypermétrope, le strabisme permanent, mais cette rétraction porte aussi sur toutes les parties fibreuses qui entourent le muscle et spécialement sur la capsule. Chez les enfants de 6 à 8 ans, qui ne bénéficient qu'incomplètement de la correction hypermétropique, débridez simplement et exclusivement la capsule en haut et en bas, en vous éloignant davantage de la cornée que dans la strabotomie ordinaire. On peut au besoin combiner ici l'avancement capsulaire à l'avancement musculaire. Quant au traitement orthoptique, il a de l'importance lorsqu'il est patiemment fait, parce qu'à lui seul il peut réussir même dans les strabismes datant de 2 ans. Ce qu'il faudrait, c'est bien préciser, définir les lois qui commandent aux indications de ces deux espèces de traitement.

M. Motais. — Les résultats parfaits sont exceptionnels pour qui se préoccupe de la vision binoculaire. Et, cependant, il faut s'en préoccuper même dans les cas d'amblyopie congénitale, qu'elle ait provoqué le strabisme ou qu'elle en soit la conséquence. Toujours il faut entreprendre l'orthopédie orthoptique, car il y a des enfants strabiques sans amblyopie et d'autres chez lesquels l'amblyopie a succédé au strabisme. Excellence de l'association de l'avancement musculaire et du reculement. Son travail sur la capsule dans son anatomie comparée vient à l'appui des avantages des procédés opératoires dont on vient de parler.

M. Galezowski est également d'avis qu'il faut, malgré tout, insister sur l'exercice des yeux. Il prétend que dans l'avancement capsulaire seul le strabisme persiste parfois, et qu'il ne donne que des illusions ; il faut toujours sectionner, ne seraient-ce que quelques fibres musculaires; il convient de pratiquer l'avancement musculaire. Ce qui est certain, c'est que l'avancement musculaire est supérieur à l'avancement capsulaire.

M. de Wecker. — On ne rétablit pas la vision binoculaire quand il y a une amblyopie forte. Les amblyopies artificielles de Donders n'ont rien à faire ici. Les malades que nous soignons ont perdu la vision binoculaire depuis des années. Quand ils sont fortement amblyopes, abandonnons tout exercice orthoptique. M. Javal a eu beau martyriser, fatiguer ses malades, il n'a pas obtenu la vision binoculaire. Il faudrait par la statistique trancher cette question du degré de l'amblyopie, de l'acuité visuelle dans ses rapports avec la vision binoculaire possible ou non.

M. Landolt. — J'ai publié une série de cas qui montrent les rapports entre l'acuité visuelle et le perfectionnement de la vision binoculaire.

M. Meyer (de Paris). — Les exercices stéréoscopiques jouent un très grand rôle. La stéréopie donne une grande amélioration. Mais, au fond, on a toujours dû finir par opérer même les malades de M. Javal. On ne rétablit pas par l'exercice le fusionnement des images, le parallélisme complet et définitif des systèmes optiques, autrement dit des muscles de l'œil sans opération. Après l'opération vous pouvez exercer.

M. Landolt. — En effet, le strabisme invétéré est une contre-indication aux exercices. Il en est autrement dans le strabisme récent. Après l'opération, les exercices sont généralement utiles et indispensables.

M. Boucheron (de Paris). — Un moyen applicable et facile dans bien des circonstances, c'est celui des mydriatiques, surtout au début des affections. Ils sont supérieurs aux autres moyens, notamment aux exercices orthoptiques.

M. Abadie. — Si vous rétablissez la vision binoculaire, vous ne rétablissez certainement pas l'acuité de l'œil dévié dans le strabisme Vous ne faites réellement fusionner les images qu'après l'opération du strabisme paralytique. Quant à l'avancement capsulaire, il a une très grande importance.

Séance du mardi 8 mai.

Présidence de M. Bravais (de Lyon).

M. Motais (d'Angers). — *Des incisions qui se pratiquent sur l'équateur et l'hémisphère postérieur du globe. Considérations anatomiques. Nouveau procédé opératoire.* La précision du procédé de ponctionnement à employer est tout entière dans l'étude topographique des milieux, des couches que le bistouri ira traverser, suivant l'endroit du globe oculaire où on le fera pénétrer. C'est cette anatomie topographique de l'hémisphère postérieur, de ses rapports avec la sclérotomie postérieure par pénétration d'un seul coup dans le corps vitré, qu'étudie à fond ce mémoire. Les principales conclusions pratiques sont les suivantes : 1° Deux espaces intermusculaires sont entièrement libres, et l'on peut à son choix, quand le fait clinique se plie à ce choix, ponctionner en haut et en dehors, en bas et en dedans ; 2° Le procédé auquel M. Motais donne la préférence consiste à ouvrir en avant la cavité de Tenon, à glisser dans cette cavité ouverte un couteau de de Græfe, pour aller inciser la conjonctive et la sclérotique et pénétrer directement dans l'œil, car en agissant ainsi, on ne risque pas de léser des organes importants ; 3° la ponction sera faite à 7 mill. en arrière du bord cornéen, en un point quelconque d'un espace qui part de là pour s'arrêter à 2 mill. en avant du nerf optique ; 4° l'incision de la région anté-équatoriale est cependant préférable.

M. Panas (de Paris). — *De l'énucléation dans la panophthalmie.* La chirurgie antiseptique peut, dans certaines conditions modifier notre manière de voir en matière d'énucléation, ou tout au moins nous permet de préciser des indications dans des conditions déterminées. Tel est le cas de l'observation dans laquelle M. Panas pratiqua l'énucléation pour une pano.

phthalmie. Celle-ci exécutée, le patient présenta des accidents pleurétiques, de l'albuminurie, des signes d'infection généralisée, des manifestations méningo-encéphaliques et sucomba. L'autopsie révéla l'existence d'une transmission septique méningo-cérébrale, d'une pleurésie séro-purulente avec abcès du poumon, de l'athéromasie artérielle, de la néphrite interstitielle. Les examens bactériologiques démontrèrent que l'œil panophthalmique était la proie de staphylococci albi, de streptococci, de quelques staphylococci aurei, qu'il en était de même pour la gaine du nerf optique du côté sain (culture et infection d'un lapin avec ces germes là), mais que les liquides de la plèvre n'étaient pas encore infectieux. Les microorganismes septiques issus de ce malade subissaient de la part des antiseptiques (sol. d'acide borique à $\frac{1}{200}$ et de biiodure d'hydrargyre à $\frac{1}{40000}$ l'arrêt de leur végétation). M. Panas conclut qu'avant d'énucléer en pareil cas, il convient de fouiller à fond l'état général du malade; que, si la panophthalmie au début peut être soignée par l'application locale des antiseptiques, il convient, dès qu'on voit la suppuration persister, d'énucléer l'œil malade de bonne heure; que si l'on est en présence d'une panophthalmie qui a marché, dépêchez-vous d'énucléer, mais à la condition que votre patient ne présente ni infection générale, ni tare organique (albuminurie, glycosurie, etc.).

M. Dufour (de Lausanne). Sans doute l'énucléation, malgré l'antisepsie la plus rigoureuse, peut être la cause de la mort, mais si, sur un terrain dépourvu de tare, vous avez soin de prendre toutes les précautions de désinfection possibles, vous n'aurez pas d'issue fatale. C'est le terrain sur lequel on opère, bien plus que l'opération, qui est nocif. Cependant il n'est pas toujours nécessaire d'énucléer, et l'on peut dire qu'en maintes conditions, la désinfection de l'œil conservé est suffisante, l'opération ne devant pas enlever le moins du monde les chances d'infection générale.

M. Abadie. — L'énucléation à la suite de panophthalmie est souvent mortelle, tandis qu'à la suite d'une autre cause d'opération, on ne constate pas de mort. Et, chose extraordinaire, c'est toujours, à la suite d'un cas mortel qu'on vient vous proposer d'énucléer. En énucléant, on ouvre au contraire par les veines les portes à l'infection générale. L'éviscération du globe de l'œil est une opération supérieure à l'énucléation. Malheureusement elle est suivie de douleurs atroces. Les statistiques semblent démontrer que la mort apparaît toujours après l'énucléation; il vaut mieux débrider le globe de l'œil, l'ouvrir largement afin d'éliminer le pus en avant et d'empêcher qu'il ne se répande dans la partie postérieure de l'orbite. Si plus tard le moignon qui reste vous gêne, à ce moment vous pourrez l'enlever sans danger, car il ne sera plus septique.

M. Motais. — A-t-on pris soin de dresser le tableau des cas de mort dans le phlegmon de l'œil qui n'a pas été opéré? D'établir une statistique pour les cas que l'on n'a pas énucléés? Nullement. Pour lui, l'opération de l'énucléation n'expose pas à plus de dangers que l'expectation simple, et au moins on forme une large cavité facile à désinfecter.

M. Gayet (de Lyon) partage l'avis de M. Motais. Il faut énucléer. Le cas de M. Panas offre matière à discussion. Ce qui paraît certain, c'est qu'on a laissé trop longtemps l'œil infectant en place. Il n'a eu, lui, dans sa pratique qu'un cas identique à celui-là. Rien ne dit que lorsqu'on opère au milieu d'un phlegmon on risque d'infecter le malade davantage que si l'on n'opérait pas: rien ne le démontre. La clinique enseigne en revanche que, dès que l'œil est enlevé, les accidents inflammatoires tombent, cèdent; l'infection ne se produit donc pas aussi aisément qu'on le dit quand il s'agit d'individus qui ne présentent pas un terrain préparé, défavorable. Opérez en plein phlegmon, vous ne courez aucun risque. Les larges incisions du globe oculaire ne soulagent pas les malades; on a beau partager l'œil en deux, il faut toujours en venir à l'opérer. L'éviscération ou exentération n'est pas non plus avantageuse; elle est dangereuse, longue, douloureuse et ne fait pas tomber l'inflammation au même degré que l'énucléation.

M. Fieuzal partage l'avis de M. Gayet.

M. Meyer.—L'innocuité de l'énucléation pendant la période panophthalmique en tant qu'opération immédiate est un fait certain; mais les accidents mortels consécutifs ont presque toujours eu lieu chez des malades auxquels on avait pratiqué l'énucléation pendant la panophthalmie même. D'un autre côté, à la suite de la mort survenue en ces conditions, on constate toujours de la méningite et une méningite ascendante. Il y a donc lieu d'être prudent. Si vous n'intervenez pas, que risquez-vous? Simplement de laisser s'implanter la panophthalmie. Toutes les autres méthodes soulagent fort peu, c'est vrai, mais le malade finit par guérir, tandis qu'il meurt si vous lui énucléez l'œil. L'éviscération est préférable parce que son moignon est supérieur à l'autre; mais elle augmente les douleurs et n'est pas du tout plus innocente que l'énucléation au point de vue des accidents mortels dont nous venons de parler.

M. Vacher. — Importance des conditions extramédicales; dans la panophthalmie, l'énucléation, souvent nécessaire, n'est pas acceptée; on pratique alors l'ouverture de l'œil ou l'éviscération simple. Or, c'est peut-être le délai, la temporisation de l'énucléation qui est la cause de la mort. Et le moignon que laisse l'énucléation n'est pas, remarquez-le, sujet aux accidents qui affectent le moignon laissé par l'éviscération.

M. Dianoux. — Est-ce bien l'énucléation qui a tué? N'est-ce pas, au contraire, la panophthalmie même qui avait, avant l'opération, envahi le tissu cellulaire de l'orbite?

M. Meyer. — Si vous prenez les cas de mort après l'inflammation du tissu orbitaire, ils sont extrêmement rares quand il n'y a pas eu intervention chirurgicale. Ils concernent, au contraire, toujours des faits d'inflammation orbitaire après la chirurgie; il semble qu'il y ait eu action de la part d'un traumatisme surajouté.

M. Coppez (de Bruxelles) a renoncé à l'énucléation pour panophthalmie à cause des difficultés que l'on éprouve à s'orienter dans les masses lardacées que l'on rencontre, on va à l'aveugle, on détermine un traumatisme extrême, on doit soi-même produire de graves désordres. L'éviscération, l'exentération, bien plus facile à faire, est indiquée en pareil cas; on ne constate de douleurs consécutives que dans les faits d'iridochoroïdites, mais, dans la panophthalmie, c'est bien l'opération libératrice. Il l'a pratiquée pour diverses causes cent cinquante fois. Elle soulage plus que l'énucléation.

M. Galezowski a exécuté plus de quatre cents énucléations en différentes conditions, mais n'a jamais osé énucléer dans les cas de panophthalmie à cause précisément des accidents consécutifs. Il a en effet réuni plus de 30 morts dans l'espèce, tandis que l'énucléation sans panophthalmie lui a donné 1 seul cas de mort et encore s'agissait-il d'une infection ophthalmique survenue après coup accidentellement.

M. Martin (de Bordeaux). — Quelle est l'époque à laquelle ces opérations ont été pratiquées? Depuis l'antisepsie on peut se permettre bien des choses!

M. Bravais. — Les opérations de M. Gayet ont été exécutées avant la période antiseptique.

M. Panas. — Mais la mort est rare relativement au grand nombre des opérations. Quelles en sont donc les causes spéciales? Quelles sont les contre-indications en un mot? C'est ce qu'il faut chercher ensemble par un commun concours. Mon malade a été évidemment opéré trop tard alors qu'il était déjà infecté, alors qu'il avait déjà de l'ophthalmie sympathique: voilà une première contre-indication — Puis, n'est-il pas étrange que nous ne rencontrions pas un plus grand nombre de morts, quand on songe que les voies lymphatiques du nerf optique sont les vraies voies de communications de la périphérie vers le centre. Si nos opérés ou nos panophthalmiques ne sont pas plus souvent infectés, c'est que notre propre organisme possède une force destructive contre les microbes, à la condition qu'il jouisse de son activité, de sa santé normale. Un individu malade constituera une seconde contre-indication à l'opération. — L'examen du terrain est donc important. On ne l'a pas pratiqué en général et malgré cela ma statistique se réduit à deux morts. — En réalité, les statistiques générales montrent que la mort d'individus opérés, comparée à la mort spontanée par phlegmons orbitaires (infectieux ou autres) est moins fréquente. Mais il existe des séries malheureuses dans cette question chirurgicale, et il faut tenir compte en tout état de cause du déterminisme. Vaut-il mieux inciser ou éviscérer? Le débridement ne soulage pas, n'empêche pas les accidents de continuer, parce que vous avez

affaire à une série de feuillets maintenant une purulence solide par infiltration des organes composants de l'œil. L'éviscération expose à de violentes douleurs, la coque oculaire continuera à comprimer vos nerfs ciliaires, votre nerf optique, et restera le pont de passage des microbes. Au contraire, vous enlevez l'œil, tout va mieux ; c'est du débridement vrai. Aucun traitement palliatif ne réussit. Mais agissez le plus tôt possible, car c'est là l'opération prophylactique de l'infection généralisée. — Et, maintenant, je vous convie à étudier les cas de l'avenir.

M. Galezowski. — *Nouveau procédé opératoire dans le glaucome absolu.* — Dans le glaucome absolu hémorrhagique ou non,ou consécutif à un iridochoroïdite,on a l'habitude, sans plus de résultats, de sclérotomiser ou de pratiquer l'iridectomie. Puis les accidents marchent, les accidents augmentent d'acuité, on énuclée, on sacrifie l'organe. Ne pourrait-on le conserver ? La sclérotomie ordinaire étant impuissante,M. Galezowski s'est demandé la cause de ces non réussites. Les voies filtrantes antérieures étant bouchées, il a cherché à trouver un procédé d'ouvrir ces voies et de les maintenir ouvertes ; l'iridectomie étant impossible, puisqu'il s'agit d'une iris atrophiée, tendue, projetée en avant, il a mis en usage des incisions antérieures dans la région du canal de Fontana et de Schlemm. En introduisant un couteau en serpette construit à cet usage presque à la surface de la sclérotique, il le pousse vers le bord cornéen, dans la direction de la chambre antérieure, et finit son incision en faisant apparaître la pointe de la serpe en avant, ouvrant ainsi une partie de la sclérotique et de la cornée. Quatre incisions sont ainsi faites en haut, en bas, en dedans, en dehors ; les résultats en ont été des plus satisfaisants en 15 cas ; la guérison s'est maintenue sans énucléation. En ce qui concerne en particulier le glaucome hémorrhagique, une observation favorable. Il faut éviter de léser l'iris, c'est pourquoi l'opération étant très délicate, très difficile à exécuter, M. Galezowski a inventé ce couteau. Dans quelques cas, la membrane tend à faire hernie ; il vaut mieux alors exécuter des incisions parallèles à la surface de la cornée au nombre de quatre, ou en exécuter deux parallèles et deux verticales.

M. Abadie s'étonne que M. Galezowski puisse pratiquer quatre ponctions dans la chambre antérieure. Une ponction et votre chambre a déjà presque disparu.

L'ordre du jour appelle un certain nombre de communications relatives au *strabisme*. Une discussion commune suivra la série.

M. Javal (de Paris). — *Le stéréoscope et le strabisme.* — Depuis vingt-cinq ans, M. Javal s'occupe de modifier, d'améliorer le traitement optique du strabisme ; il a, sur ce sujet, fait plus de quinze communications. Des nombreux matériaux qu'il a accumulés, il composera un volume. Pour le moment, il présente à la Société une modification de stéréoscope faite dans son laboratoire par M. Bull. Cet instrument peut s'allonger et se raccourcir à volonté d'avant en arrière et inversement; on peut à volonté faire varier l'action prismatique des oculaires (verres convexes de 40 D), les rapprocher et éloigner l'un de l'autre. Une échelle placée sur la tige horizontale donne la distance de l'objet aux verres. L'objet consiste en un carton sur lequel sont dessinées une échelle horizontale et deux échelles verticales. L'une des images verticales vient suivant qu'on diverge ou qu'on converge se promener en divers points de l'image horizontale, selon le degré de l'un des deux strabismes, ce qui permet, grâce à une graduation appropriée, de mesurer l'intensité, le degré de ces strabismes. L'instrument présentant un foyer assez court permet de mesurer des déviations considérables. Une division en dioptries est placée sur l'instrument, une division en angles métriques est dessinée sur les échelles objectives. On lit donc par une combinaison très simple de prime abord le degré de la déviation, la réponse du malade donnant immédiatement l'angle de son strabisme. Avec cet instrument, on peut apprécier jusqu'à 40° de divergence et 25° de convergence. Quand on fait varier les verres, on obtient jusqu'à 50° en divergence et 35° en convergence. Au surplus, cela n'a pas une importance considérable en ce sens qu'on ne peut avoir la prétention de doser exactement sa ténotomie ; on se contente généralement de l'aspect des yeux avant et après l'opération. Cependant quand on est obligé de recourir à des exercices stéréoscopiques complémentaires pour corriger le strabisme, il est bon de se rendre un compte mathématique des résultats. Ces résultats sont manifestement bons si l'on s'adonne à cette question ardue dans ses fins détails, si on l'étudie avec minutie ; sinon l'on n'arrive à rien. Il faut, en tout cas, toujours employer dans le strabisme récent, les exercices orthoptiques ; ils peuvent suffire dans un strabisme récent et doivent toujours suivre une opération ; cet instrument est très pratique à cet égard.

M. Bull (de Paris.—*Instrument pour le traitement optique du strabisme.* Quand le strabisme est permanent,on doit ténotomiser,mais il faut ensuite s'occuper de la vision binoculaire dans l'acte de la lecture. Voici un instrument qui peut suffire quand le malade se présente à la période initiale du strabisme. Il sert à s'assurer si pendant la lecture le malade lit bien des deux yeux. Une règle interposée verticalement entre le malade et le livre conformément aux principes de Javal, tenue à 8 cent. en avant du livre, sert de *contrôleur* en même temps qu'elle est destinée à apprendre au strabique à lire binoculairement.

M. Motais. *Quelques observations sur la strabotomie.* — Sous ce titre, l'orateur signale des *anomalies* qui maintiennent en place les tendons qu'on a voulu avancer ou reculer dans le traitement par la strabotomie. Il arrive en effet qu'après une strabotomie paraissant régulière, bien faite, on n'obtienne qu'un résultat insignifiant (de 1 à 2 millièmes, au lieu de 15° à 20° de correction). Ainsi, en un cas de strabotomie du droit interne, M. Motais a vu le tendon rester en place, maintenu qu'il était par un petit vaisseau le traversant et se dirigeant après cette transfixion dans la sclérotique. C'était un ramuscule des artères ciliaires antérieures qui gagnait la sclérotique non en avant, ni en arrière du tendon mais près de l'insertion de ce dernier. Dans un autre cas il s'agissait d'un faisceau tendineux se détachant de la face profonde du tendon pour aller s'insérer en arrière du tendon ordinaire, anomalie qui constitue la normale en anatomie comparée, mais qui représente une exception chez l'homme. Dans la strabotomie du droit externe, M. Motais a vu des trabécules cellulaires sous-tendineux très épais qui résultaient probablement d'une ténonite antérieure n'ayant pas laissé d'autres traces. D'où le principe de toujours passer le crochet par derrière, après coup, afin de détacher ces diverses formes d'adhérences.

M. de Wecker.— Il faut toujours mesurer le strabisme. Sans doute on ne peut mesurer mathématiquement la portée d'une ténotomie. Mais on se rend mieux compte par la mesure du strabisme de ce qu'on a à faire. L'habitude clinique ne suffit pas ; la kératoscopie est utile. D'ailleurs un strabique qui regarde de près, et c'est le cas quand le médecin l'examine, ne vous montre pas l'anomalie telle qu'elle est. On mesure en ophthalmologie tant de choses inutiles, qu'il est important de mesurer les choses utiles et faciles à obtenir.

M. Abadie. — Les exercices stéréoscopiques n'ont qu'une valeur physiologique. Mais jamais par eux l'on ne rétablit la vision binoculaire, on ne guérit pas l'amblyopie congénitale ; le malade ne se sert pas le moins du monde de ses deux yeux. C'est au point de vue esthétique, cosmétique, que l'opération donne des résultats, pas davantage.

M. Landolt ne comprend pas bien la mesure du strabisme non paralytique, car il n'y a pas diplopie en ce cas. Il préfère du reste le procédé de l'angle de déviation de l'œil à l'aide du périmètre et au moyen d'une bougie dont on étudie les reflets cornéens. Il est toujours important de mesurer avec précision l'angle du strabisme ; cela sert au moins de contrôle comparatif quand on a exécuté la ténotomie. Enfin, un malade qui possède deux yeux d'une acuité différente, peut parfaitement fusionner deux images, pusque les anisométropes voient simple.

M. Vacher admet la dernière partie de la critique de M. Landolt. Il est inutile qu'il répète lui-même ce qu'il a dit hier. Si après avoir opéré,on n'arrive pas à faire fusionner les images à l'aide d'un prisme de 4°, il faut réopérer et faire faire des exercices orthoptiques aux malades.

M. Prouff, au delà d'une divergence de 2 à 3 millimètres, n'a jamais pu rétablir le fusionnement.

M. Dor. — Il faut toujours pratiquer des mensurations. Il emploie des prismes à l'aide desquels il fait regarder des

flacons colorées. C'est ainsi qu'il sait quelle quantité de surcorrection il doit obtenir en opérant, afin d'arriver à établir le fusionnement. Mais il demandera à M. Javal quels sont les résultats définitifs que les exercices orthoptiques lui ont donnés: dans le cas où un œil est amblyope, dans le strabisme alternant (où ces exercices sont principalement bons), dans l'insuffisance musculaire. A ce dernier égard, au delà de 3°, on ne peut corriger la vision que par une opération, mais si les recherches stéréoscopiques étaient démontrées comme supérieures, on éviterait au malade une opération.

M. Meyer. — Dans les strabismes récents et périodiques, les exercices stéréoscopiques sont excellents. Dans les strabismes définitifs, on en obtient réellement de bons effets, même quand il existe une amblyopie très prononcée; les images fusionnent; mais cette fusion stéréoscopique représente-t-elle bien la vision binoculaire. Votre stéroscope présente au patient deux objets absolument semblables, devant les maculas, c'est-à-dire dans la direction des axes optiques. Est-ce là de la vision binoculaire commune; c'est celle de deux objets, et non des images de la nature, des objets ordinaires de la vie; dans la vie, la nécessité de voir simple fera que les enfants rejetteront inconsciemment les efforts que nécessite la fusion et se contenteront de voir simple avec l'œil resté bon. Où est la statistique de M. Javal? Les cas les plus favorables sont les cas d'insuffisance, puisqu'il s'agit d'individus ayant la vision binoculaire; or, même ici, quelqu'un a-t-il obtenu la guérison par le stéréoscope; jamais, même avec les prismes correcteurs, même avec les prismes invertis qui forcent le malade à exercer ses muscles pour fusionner.

M. Boucheron. — Il est bien difficile de mesurer le strabisme, car, avec une déviation fixe, il faut tenir compte d'une déviation intermittente. Il faut par conséquent, pour se débarrasser de la déviation dynamique, faire précéder l'examen mathématique de l'instillation des mydriatiques.

M. Javal. — Venez au laboratoire de la Sorbonne. Je vous y montrerai entre autres choses l'appareil de Zehender. M. Boucheron a parfaitement raison. Il convient de distinguer et de mesurer la déviation stable, fixe, et la déviation variable. Il convient encore de mesurer cette déviation, non pas seulement dans la station horizontale de l'œil, mais encore un peu au-dessus et un peu au-dessous de ce plan. Quelques degrés en plus ou en moins ont au reste moins d'importance que la mesure de l'astigmatisme cornéen, et, quand la stéréoscopie échoue, c'est que souvent il y a là-dessous une correction d'astigmatisme. Il y a également des cas dans lesquels la stéréoscopie doit être remplacée par la ténotomie. Enfin, dans l'intervalle des exercices, il faut faire porter constamment la louchette en permanence. Il faut obtenir la ténacité des malades, bien pratiquer la correction avec les verres. Quant à l'amblyopie, qu'elle soit ou non la cause du strabisme ou son effet, qu'elle soit corrigée ou non par les exercices en question, peu importe; ce qui est indéniable, c'est que, même dans les cas de fortes amblyopies on obtient par ces exercices le fusionnement des images; mais on doit avoir soin aussi d'exercer l'œil amblyope à voir en fermant l'œil sain. Somme toute, c'est un ensemble méthodique, systématique, manifestement utile, curatif. L'orateur cite deux observations concluantes.

Séance du mercredi 9 mai. — Présidence de M. Parinaud.

M. Picqué (de Paris). — *Etude expérimentale de la pression intraoculaire.* C'est à l'innervation de l'iris et à ses mouvements que se limitera l'orateur. Il envisagera aujourd'hui particulièrement *la dilatation.* On sait que M. Franck a réfuté la théorie de la doctrine circulatoire par des arguments physiologiques (indépendance des variations du diamètre pupillaire et des phénomènes vasomoteurs de l'œil) et par des arguments anatomiques en dissociant les fibres vasomotrices et irido-dilatatrices depuis la moelle jusqu'à l'œil, et en montrant l'existence de fibres irido-dilatatrices isolées dans une anastomose qui relie le ganglion cervical supérieur au ganglion de Gasser. C'est le mode d'action des *fibres irido-dilatatrices* que M. Picqué veut ici étudier. Tout récemment, à la Société de biologie, M. Chauveau a exposé que le nerf oculomoteur commun n'a pas d'antagoniste dans le sympathique cervical a prétendu que l'excitation de la rétine est immédiatement suivie de la contraction de la pupille, tandis que dès qu'on fait cesser l'excitation rétinienne, la pupille se dilate. C'est cette allégation qui va être discutée, au profit de la réhabilitation des expériences de Franck. M. Chauveau, se servant des images entoptiques, dit qu'une demi-seconde après l'excitation rétinienne, il a vu survenir la constriction pupillaire, et qu'une demi-seconde après que l'excitation rétinienne a cessé, apparaît la dilatation de la pupille. Comparant ensuite la longueur des deux trajets nerveux indiqués par M. Franck il se base sur la rapidité de transmission pour nier la théorie de M. Franck. Or, si l'on calcule, d'après Helmholtz, la valeur de la transmission motrice dans les nerfs rachidiens (30^{m} par seconde), si l'on prend les chiffres mêmes de Chauveau, on constate que ces calculs n'infirment pas la théorie en question, ou plutôt le retard noté et les objections résultant des diverses longueurs des deux voies nerveuses, sont, dans ces conditions, explicables par la résistance due à la tonicité du sphincter irien, ce qu'avait fait ressortir déjà M. Franck. M. Picqué communique une expérience qui lui est personnelle; en excitant concurremment, simultanément, la rétine et le sympathique cervical, il a obtenu d'emblée la dilatation pupillaire, sans qu'il y ait eu de rétrécissement préalable; la doctrine nerveuse pure de la dilatation se trouve ainsi démontrée. Quant au mode d'action des filets dilatateurs? Quant à l'absence ou à la présence du muscle radié de Henley? Là est la question que le temps ne lui permet pas de traiter en séance.

M. Abadie. — Cette question vient d'être résolue en faveur de M. Chauveau. Dans l'avant-dernier numéro du journal d'Hirschberg, il est indiqué qu'on obtient dans l'obscurité une photographie instantanée du fond de l'œil par un mélange de poudre de magnésium et de salpêtre qui s'enflamme spontanément, et est assez photochimique pour produire une photographie sur une chambre noire préalablement mise au point. L'action est tellement rapide, que la pupille est prise d'emblée telle qu'elle est dans l'obscurité avant qu'elle n'ait eu le temps de se contracter. Or, dans l'obscurité, elle a 10 millimètres de diamètre; sa dilatation est donc maxima; l'iris est réduit à 1 millimètre. Puisque la pupille de l'homme, soustraite à l'excitation de la lumière, se dilate au maximum, il est inutile d'aller chercher une explication dans l'existence de fibres dilatatrices. M. Abadie montre combien il est intéressant qu'on puisse désormais avoir des photographies du fond de l'œil!

M. Parent. — La question de la poudre de magnésium est chose ancienne. Il existe un livre allemand qui en fait mention. M. Abadie croit que les reflets cornéens ont disparu, ce qui facilite la possibilité de la photographie; mais du moment où il y a éclairage, il y a reflet. Le seul agent qui puisse vous débarrasser du reflet de la cornée, c'est le prisme de Nicol. Enfin la photographie du fond de l'œil n'aura pas, au point de vue de l'analyse des images, une aussi grande importance que M. Abadie se l'imagine; car cette teinte jaune-rougeâtre du fond de l'œil ne se transcrit pas; ce ne sont jamais que des modifications photochromatiques plus ou moins approchées qui ne remplacent pas l'application d'un observateur muni de son ophthalmoscope.

M. Picqué. — La dilatation maxima de la pupille dans l'obscurité ne prouve pas que les fibres irido-dilatatrices n'agissent pas. M. Franck a véritablement démontré qu'il existe des fibres irido-dilatatrices indépendantes et que les mouvements de la pupille n'ont rien à faire avec les phénomènes vasomoteurs.

M. Venneman (de Louvain). — La *diphthérie de la conjonctive.* Dans ce mémoire d'anatomie pathologique et de pathologie générale, l'auteur classe les inflammations fibrineuses de la conjonctive qui ne diffère pas, dit-il, d'une muqueuse ordinaire, en superficielles ou croupales (à fausses membranes libres), dont le type est dans la conjonctivite palpébrale récente, profondes ou diphthéritiques; dans ce dernier cas, tantôt la fausse membrane reste relativement lamellaire (diphthérite, nécrose superficielle), tantôt elle infiltre la trame, le cœur du derme conjonctival (diphthérite profonde à nécrobiose dermique). M. Venneman donne l'observation d'un enfant qui, à la suite de rougeole, présenta une diphthérite: celle-ci, après avoir commencé par la conjonctive, envahit successivement toutes les muqueuses et détermina finalement le croup laryngé, la mort. La conjonctive, dit-il, de même que les autres mu-

queuses, peut être prise par la diphthérite, à la suite de l'action de divers agents phlogogènes ; il y a des causes de diphthérite microbienne, il y a des causes de diphthérite de toute autre nature; toutes ces causes déterminent des formes fibrineuses de l'inflammation des muqueuses. Voici, par exemple, un enfant qui, en se disputant avec un camarade pour un hanneton, écrase l'animal entre ses doigts et, se frottant ensuite les yeux, s'inocule ce poison d'un genre inconnu et est atteint d'un catarrhe conjonctival simple, bénin, mais suraigu. Nous avons à côté de cela autant d'exemples que nous voulons de conjonctivites croupales d'origine chimique, par cautérisation. En résumé, on doit distinguer parmi les inflammations fibrineuses de la conjonctive: le croup conjonctival (affection superficielle), la diphthérite conjonctivale (inflammation fibrineuse profonde), enfin, la maladie infectieuse connue sous le nom de diphthérie conjonctivale.

M. Petresco (de Bucharest). — *Sur un cas de diphthérie conjonctivale.* Observation chez un enfant dont l'affection dura 25 jours, fut caractérisée par la ténacité de l'exsudat pathologique fort adhérent à la muqueuse, et le passage à la cicatrisation sans suppuration intermédiaire. Excellence dans l'espèce du suc de citron, tolérance très grande des préparations mercurielles. Etiologie douteuse; les conditions hygiéniques et prospères dans lesquels vit cet enfant, qui appartient à une famille riche, ne permettent de croire qu'à une contamination ou à une constitution médicale. Cette dernière régnait en effet en ce moment. Quant à la contamination, peut-être venait-elle du médecin ordinaire de la famille qui, trois semaines auparavant, avait soigné un diphthéritique. En tout cas, la guérison eut lieu.

M. Abadie se déclare très satisfait des résultats du jus de citron, que M. Fieuzal a le premier recommandé. Dans un cas où les deux yeux étaient atteints, il a essayé sur un œil le citron, sur l'autre les antiseptiques. Le premier employé *targâ manu* donna des effets bien supérieurs à ceux des derniers. Il est aussi efficace que le nitrate d'argent dans les ophthalmies purulentes.

M. Trousseau (de Paris). *Gommes sous-conjonctivales des paupières.* — De la description nosographique de l'orateur se dégage ce point important que c'est le tarse qui est le point de départ de ces néoplasmes, ce qui est l'indice d'une syphilis grave. Le diagnostic doit surtout se faire d'avec les tubercules de la conjonctive ; mais dans les gommes les paupières sont gonflées et les masses rougeuses sont plus volumineuses.

M. Dufour (de Lausanne). — *Traitement de la sclérite.* Les causes de cette affection décevante, persistante, récidivante, sont principalement le rhumatisme, souvent accompagné de goutte, et pour un sixième des cas, la syphilis. Sur onze observations qui lui sont personnelles, M. Dufour a vu survenir la sclérite en hiver et au printemps chez huit malades, deux faits concernant l'occurence d'attaques scléritiques en hiver ont trouvé leur guérison vers les mois de mai et juin ; trois cas sont relatifs à des cessations d'attaques scléritiques quand le patient a pu passer l'hiver dans le midi. Tels sont les exemples à l'appui de l'influence *rhumatismale*. Les arguments en faveur de la *goutte* sont que la sclérite sévit dans les classes aisées, qu'elle est très rare chez les paysans, qu'elle apparaît souvent à la suite d'écarts de régime, et que l'urine des malades présente des dépôts d'acide urique. Il y a lieu enfin d'accuser l'*astigmatisme ;* dans ces conditions, la sclérite augmente toujours par la lecture, les signes objectifs de cette forme d'amétropie sont assez marqués et le port de lunettes cylindriques appropriées soulage : M. Dufour a observé en l'espèce de l'ast. hypermétropique et de l'ast. myopique. Le traitement doit viser surtout l'état général, la constitution. Ce sont les alcalins, le salycilate de soude et la sudation, qui constituent les moyens les meilleurs, ou plutôt les moins mauvais. La scarification est très bonne loco dolenti. Il est des cas cependant où, aucun modificateur ne réussissant, on voit se produire une sclérose cornéenne opacifiante, la sclérite envahit en un mot en s'avançant vers la pupille. M. Dufour ayant, en pareille situation, soupçonné la goutte, administra 1, 2, 3, 4 gr. de salicylate de lithine qui enraya totalement l'affection en ce cas, et exerça une très favorable influence sur les autres maladies ; son seul inconvénient est d'exagérer la sécrétion urinaire et de produire des épreintes vésicales.

M. Grandclément (de Lyon). — L'antipyrine, qui agit si bien quand on constate les douleurs périorbitaires de l'iritis, réussit encore dans la sclérite, même indolente. Il a pratiqué dans ce cas 4 injections tous les deux ou trois jours.

M. Fieuzal a donné ses soins pendant dix-huit mois à une personne ayant été atteinte de poussées successives de sclérite accompagnées de véritable exophthalmos et de suffusions cornéennes. Il n'y avait pas de diathèse bien marquée. Divers traitements sont venus à bout des accidents. Mais à mesure que disparaissait la sclérite, le fond de l'œil se prenait ; il se dessinait une sorte de choroïdite et de rétinite brightique. Intégrité des urines. Mais dépérissement, amaigrissement. Diagnostic. Ténonite consécutive à sclérite, celle-ci passant par l'intermédiaire de celle-là dans la chambre postérieure.

M. Darier rapporte un fait d'envahissement cornéen tout à fait semblable à celui de M. Dufour, dans lequel la cornée finit par devenir complètement leucomateuse. L'hydrargyre en a eu raison. Deux ans après, nouvel accès ; l'hydrargyre réussit encore. Puis, nouvelle rechute, malgré KI, malgré Hg. Finalement, les scarifications en ont eu raison. Aucun effet du salicylate. L'étiologie rhumatismale (habitation de logements humides) paraissait cependant bien nette.

M. Panas. — Il y a trois ans, il a traité une malade qui, après avoir eu une série de poussées de sclérite, présenta de la périkératite. L'affection durait depuis six mois, tous les moyens thérapeutiques avaient échoué, il y avait douleur et photophobie, en vain s'était-on adressé à Hg, KI, KBr, salicylate de soude, aux injections hypodermiques de morphine, de pilocarpine, aux révulsifs. M. Vulpian communiqua à ce moment à l'Académie les effets favorables que lui donnait le salicylate de lithine. M. Panas eut alors l'idée d'en donner à sa malade qui guérit. Depuis, il a substitué, et il s'en est trouvé bien, au salicylate de soude le salicylate de lithine dans les affections rhumatismales des yeux.

M. Maréchal (de Brest). — Une des causes de la sclérite et surtout de ses formes légères, de l'episclérite, qu'il n'a d'ailleurs vue survenir que chez la femme, ce sont les troubles menstruels ou plus exactement les accidents congestifs de l'utérus qui persistent après la menstruation. On s'en débarrasse en administrant l'ergotine *intùs* et *extrà*. C'est ainsi qu'une de ses malades, âgée de 53 à 54 ans, encore réglée, présentait pendant l'été des poussées d'episclérite à la suite de chaque époque, sous l'influence de la persistance de la congestion utérine : usage d'abord d'un collyre à l'ergotine Bonjean, d'abord à $\frac{1}{50}$, puis à $\frac{1}{20}$. Il a encore présente à l'esprit une autre observation, celle-là chez une jeune femme. Dans tous ces faits, les poussées ont lieu l'été.

M. Grandclément (de Lyon). — *Kératalgie traumatique ou crises névralgiques de la cornée, périodiques et indéfinies, succédant à un traumatisme léger (frôlement de cette membrane, huit observations).* Un traumatisme léger de la cornée, sans vulnération appréciable, détermine souvent de violentes douleurs qui durent pendant trois jours ; c'est à peine si l'examen décèle un léger nuage sur cet organe ; puis se manifeste une période de calme et à la suite de cette accalmie de 4 à 5 mois, les douleurs reprennent. Telle est l'alternance qui persiste pendant plusieurs années, exactement dans le même ordre. La crise commence ainsi : au réveil les paupières semblent desséchées, raides, comme écorchées ; ce sont les expressions des malades, et, deux ou trois fois par an, l'état douloureux acquiert la même acuité qu'au début de la maladie; il ne dure du reste que quelques jours, mais s'accompagne, de même que dans la période initiale, de photophie, de larmoiement. L'accalmie parfaite intervallaire est la règle. Voilà les caractères des huit observations qui se sont présentées à l'auteur en 1887 : il s'agissait de feuilles de plantes, de coup, d'ongle de la main d'un enfant à la mamelle, de feuilles de plomb ayant très légèrement atteint la cornée. Aucun de ces malades n'avait souvenance de ce petit traumatisme antérieur; aussi avait-on commis une série d'erreurs de diagnostic qui avaient été suivies de cautérisations. La pathogénie de ces cas plus fréquents qu'on ne le croit est inexplicable. Il est probable que

les filets nerveux superficiels de la cornée ont subi une contusion qui a suffi pour en irriter les éléments (s'ils avaient été détruits, il n'y aurait pas eu de douleurs), et pour engendrer un processus inflammatoire spécial, une légère névrite propre à ce genre nouveau de traumatismes légers.

M. Martin a vu des exemples de cette manifestation, qui est dûe à une contraction partielle du muscle ciliaire chez des individus nerveux à la suite de ce traumatisme insignifiant, d'où un astigmatisme cristallinien. L'atropine réussit toujours à la condition qu'on soit persistant dans le traitement.

M. Prouff s'étonne de ce que des filets nerveux étant touchés, il n'y ait pas eu de desquamation épithéliale. Il faudrait la chercher avec un kératoscope, celui de Placido par exemple, on la trouverait. Il est naturel que sous l'influence de la douleur il y ait eu, par action réflexe, de l'astigmatisme,conformément au mécanisme de M. Martin. Mais cet astigmatisme est un effet et non une cause.

M. Coppez. — C'est l'histoire des kératalgies matutinales des strumeux. Frottez la cornée, en la massant avec la pommade jaune, et, comme il doit y avoir une altération cornéenne, vous obtenez un résultat efficace.

M. Lassalle. — Il y a une érosion. Appliquez un bandeau compressif, occlusif, jusqu'à ce que la plaie soit cicatrisée.

M. Grandclément. — Comment admettre une plaie qui dure des années. De plus, l'orateur a observé cette affection chez une personne de sa famille qui le touche de très près, qu'il voit tous les jours et n'a jamais, malgré des examens incessants, pu découvrir d'altération cornéenne. Que le spasme ciliaire vienne compliquer l'affection, il l'admet, mais il n'explique pas le réveil par la douleur au milieu de la nuit. L'ensemble des phénomènes est au contraire en rapport avec l'histoire d'une *névrite minuscule*. Le traitement consiste à ce que le malade ait à sa portée, surtout la nuit, une solution de cocaïne; sous son influence, il éprouve du calme pendant 2 ou 3 nuits, mais la douleur se reproduit autant qu'elle le veut, autant que le processus sous-jacent doit la reproduire.

M. Gayet (de Lyon). — *Observations d'un kyste irien à caractères particuliers. Anatomie pathologique et diagnostic.* Elle concerne un homme de cinquante ans qui se présenta avec un œil perdu. Il avait reçu, 45 ans auparavant, un coup de couteau dont il avait guéri en restant amblyopique. Il venait consulter parce qu'une crise glaucomateuse récente l'inquiétait. On constatait une cicatrice transverse de la cornée et inférieurement un coloboma de l'iris. L'éclairage oblique dénotait des points noirs sur la face postérieure de la cornée et sur le fond une fente irienne parsemée de traces brunes et de traces blanches. L'œil énucléé montre un kyste énorme de l'iris qui avait rempli toute la chambre antérieure; c'est pourquoi sur le malade on n'en voyait pas les bords ; ce kyste avait formé deux lobes autour de l'adhérence et s'était porté sur les procès ciliaires en les pénétrant et les déplissant. L'opinion de Wecker sur le genre et l'origine de ce kyste est exacte. En effet, l'endothélium cornéen postérieur était doublé par l'endothélium antérieur de l'iris, ce dernier ayant proliféré, avait formé une surface d'adossement, d'accolement ; le tout était doublé par les grands éléments étoilés de l'iris, et l'on ne constatait pas d'endothélium interne. C'est au rein de l'iris que s'était développée la tumeur ; elle s'était ensuite soudée en avant à la cornée, et dès ce moment le kyste s'était développé en arrière, avait écarté la zonule de Zinn, touché le cristallin, et, gagnant les côtés de la chambre postérieure l'avait envahie : c'est alors qu'étaient survenus des accidents glaucomateux.

M. Martin (de Bordeaux). — *Pathogénie des ophthalmies électriques.* Est-ce la radiation chimique qui les produit ? Nous ne le pensons pas. En effet, les partisans de cette théorie fournissent en sa faveur des expériences qui prouvent justement que les rayons chimiques ne sont pas dangereux (Regnault, de Chardonnet). Gayet n'a-t-il pas constaté sur des opérés de cataractes que la radiation violette est inoffensive ? Il y a des faits dans lesquels, dans les cas d'accidents oculaires, on n'avait cependant mis en usage que de très faibles quantités de lumière ultra-violette. On se rappelle les expériences de Dehérain sur l'éclairage électrique des plantes pour la maturation ; or, il constata que dès la première nuit les feuilles exposées à la lumière électrique étaient fanées et noircies, mais exclusivement sur la face en communication avec la radiation. Il accusait la radiation chimique et s'occupait de faire préserver les feuilles par des manchons de quinine, quand il s'aperçut qu'un simple verre ordinaire suffisait à cette préservation. Or, la chlorophylle est bien plus avide de rayons chimiques que les milieux de l'œil, qui arrêtent dans une certaine mesure les rayons violets et, cependant, c'est dans des conditions préservatrices créées par Dehérain que l'on déplore communément les accidents rétiniens et qu'on les attribue aux rayons ultra-violets qui n'ont plus rien à faire dans l'espèce puisqu'ils sont arrêtés. Un foyer électrique dépourvu de verre en face d'un individu détermine réellement et des accidents cutanés et des accidents oculaires. Si, au contraire, on interpose un corps franchement isolant, il n'y a que des accidents cutanés. C'est donc bien l'*intensité lumineuse* qui est le facteur des accidents rétiniens. Ce sont ces accidents, du reste, que l'on note sous l'influence de la radiation solaire sur les neiges, dans l'éclair, parmi les relations littéraires. Nous insistons sur les accidents rétiniens, parce que, dans l'ensemble des accidents oculaires spécifiés, ce sont eux qui dominent la scène : congestion intra-oculaire du fond de l'œil, photophobie, myosis ; le reste des manifestations oculaires n'est qu'une répercussion.

M. Bravais. — Ce sont les *rayons chimiques* qui sont les facteurs des accidents si bien décrits par Terrier dans le coup de soleil électrique. Sans doute, M. Mayer a signalé des coups de soleil qui se produisent dans les Alpes par la réflexion des rayons lumineux sur les neiges. Mais les mêmes accidents se produisent également pendant les journées brumeuses ; il ne s'agit plus alors d'intensité lumineuse. (V., in *Revue Scientifique* du 18 février dernier, les expériences de Gintrax à l'appui).

M. Dor. — Le coup de soleil dans les neiges est absolument identique au coup de soleil électrique. C'est sur la peau, sur la surface externe qu'agit d'abord le coup de soleil et non sur la rétine.

M. Martin. — Les rayons chimiques agissent sur la peau et les muqueuses par érythème, mais non sur la rétine, puisque les milieux de l'œil les arrêtent. Il convient, du reste, pour se faire une idée précise de ces phénomènes d'étudier les cas simples, ceux dans lesquels il n'y a pas d'accidents cutanés, pas de coup de soleil. Les accidents congestifs de la conjonctivite seraient plutôt consécutifs à la congestion intra-oculaire; sans doute les rayons chimiques ont exercé une certaine action sur la muqueuse, mais au fond l'ensemble de ces phénomènes extérieurs émanent d'une action réflexe. Les verres d'urane ont d'ailleurs dû être mis de côté ; on en est venu aux verres fumés en larges plaques, qui représentent les meilleurs préservatifs.

M. Leroy. — Les milieux de l'œil n'absorbent pas complètement les *rayons chimiques* ; ces rayons affluent en telle quantité que le pouvoir d'absorption des milieux en question reste insuffisant.

M. Despagnet (de Paris). — *De l'iritis blennorrhagique.* Une observation très intéressante montre que l'iritis peut dans la blennorrhagie précéder l'arthrite de plusieurs jours. Une seconde prouve que l'iritis blennorrhagique peut se manifester seule sans qu'il se produise d'arthrite ; dans ce cas l'iritis se manifesta à huit reprises différentes sans être accompagnée, précédée ou suivie d'affection articulaire, elle apparut toutes les fois que le malade fut contaminé ; cette tendance aux récidives dans ces conditions prouve la transmission par les voies circulatoires.

M. Grandclément (de Lyon). — *Relation d'un cas d'héméralopie monoculaire guérie par l'antipyrine.* Cette affection dont s'aperçut par hasard un jeune homme de 26 ans il y a 18 mois, dans laquelle la vision nocturne était complètement supprimée sur un seul œil même à la lumière du gaz avait ceci de particulier qu'on ne constatait que quelques petites plaques de rétinite pigmentaire vers l'ora serrata ; scotome ; hépatite traumatique consécutive à une chute de cheval il y a 4 ans (ictère etc.) ayant guéri et étant guérie depuis plusieurs années. On ne s'explique pas du reste l'unilatéralité de la manifestation. L'affection héméralopique guérit presque en deux jours sous l'influence des injections d'antipyrine. Cette médication aurait donc une application immédiate

dans les héméralopies épidémiques des camps qui suivent les grandes manœuvres.

M. de Lapersonne (de Lille). — *De l'intervention dans la rétinite gravidique.* On sait que dans certains cas la rétinite albuminurique de la grossesse guérit d'elle-même après l'accouchement; d'où l'indication de précipiter la délivrance (avortement, accouchement prématuré artificiel). Voici un fait concernant une femme de 29 ans arrivée au sixième mois de sa grossesse qui fut atteinte en huit jours d'une rétinite accompagnée d'urémie. On provoqua l'accouchement prématuré. La guérison presque complète s'effectua en sept à huit jours ; du moins en ce laps de ce temps les phénomènes généraux, l'œdème papillaire et une partie des altérations rétiniennes disparurent ; elle récupéra l'acuité visuelle. La rétinite se résolut définitivement ultérieurement.

M. Dehenne (de Paris) a observé un cas tout à fait semblable.

M. Dor présente des *préparations microscopiques d'une tumeur dermoïde de la glande lacrymale.* Il s'agissait d'un enfant de huit mois et demi. La tumeur mesurait un centim. et demi de long et huit millim. d'épaisseur. Il croit son cas à peu près unique.

Séance du 10 mai (matin). — Présidence de M. Dufour (de Lausanne).

M. Kostomyris (d'Athènes) lit un travail sur le *léchage des yeux malades.* C'est un remède traditionnel en usage dans sa patrie et dont on retrouve les origines dans les textes. Aussi n'est-il pas étonnant qu'on le trouve encore employé à notre époque et que cette profession subsiste encore pour perpétuer la méthode du dieu Esculape (léchage par les serpents, les chiens), mais au moyen de la langue humaine. L'auteur cite une observation à l'appui de son étude historique et démographique : il s'agissait d'ulcérations cornéennes avec cicatrices profondes et synéchies antérieures qui furent guéries par ce procédé ; la vision abolie fut recouvrée.

M. Abadie. — *Asepsie et antisepsie oculaire.* Tous les jours nous apprenons que des processus dont l'origine nous était inconnue jusque-là sont des processus septiques. C'est ainsi que nous voyons des irido-choroïdites suppuratives se manifester à la suite d'enclavements et de prolapsus de la membrane irienne, à la suite de cicatrices cystoïdes. La raison en est simple. L'épithélium à ce niveau possède une bien moindre résistance que normalement ; survienne un traumatisme insignifiant, il suffira à en éroder les couches superficielles. Or M. Gayet nous a appris que les culs-de-sac et en particulier le cul-de-sac inférieur de la conjonctive sont des réceptacles à microbes, par conséquent l'ouverture opérée sur l'épithélium n'aura qu'à puiser dans ce foyer. Mais occupons-nous des opérations et en particulier de celles de la cataracte, il est évident que, du moment où nous nous apprêtons à faire nous-même un traumatisme, c'est de l'*asepsie*, de la prophylaxie qu'il convient de mettre en œuvre, afin précisément d'éviter plus tard de tuer les germes que nous aurions laissés entrer, d'effectuer une antisepsie parfois inefficace. Or, pour réussir à ne pas introduire de microbes dans la plaie, la première manœuvre consiste à désinfecter tout ce qui va servir à l'opération en soumettant ces objets à l'ébullition. En ville, on les flambera à la lampe à alcool ; les couteaux, ciseaux et pinces seront plongés dans des tubes à essai remplis d'eau bouillante qui auront servi à faire bouillir cette eau. On aura soin d'employer de l'ouate complètement désinfectée (examen préalable) des solutions boriquées, de l'eau bouillie. C'est principalement sur le couteau qu'on portera toute son attention, puisque c'est lui qui ira porter l'inoculation septique dans le tissu cornéen, d'où ne pourront souvent la chasser les lavages antiseptiques consécutifs et d'où malheureusement ils ne pourront l'empêcher de se répandre dans le globe oculaire.

Les culs de-sacs conjonctivaux seront lavés, désinfectés, rendus aseptiques. Si malgré toutes ces précautions préliminaires l'infection du bord de la plaie commence à se montrer, ce dont vous devez vous assurer en y regardant au bout de vingt-quatre heures, servez-vous non de l'iodoforme, qui est mal supporté, non du sublimé, qui convient aux surfaces, mais point aux plaies pénétrantes de l'œil et n'est pas bien supporté non plus, servez-vous du galvano-cautère, avec lequel vous touchez légèrement ; cinq à six pointes de feu très légères, répétées toutes les douze heures. Vous arrêterez souvent ainsi la suppuration et vous sauverez la cornée.

M. Vacher. — L'eau bouillie nous vient de Pasteur. On peut prendre à cet usage de l'eau non distillée, pourvu qu'elle soit bien pure et qu'on la fasse bouillir. On la conserve ensuite dans un flacon hermétiquement fermé. C'est ainsi qu'il fait depuis deux ans. Il a le soin de regarder les malades au bout de six à huit heures après l'opération, quand la phase de grande douleur est calmée ; s'il voit du pus, il fait des lavages externes ; si déjà est apparue la coloration blanchâtre des bords de la plaie, il a recours à l'iodoforme ; si la purulence persiste, il s'adresse à l'eau oxygénée (à 4 volumes au moins), à la teinture d'iode pure (attouchements deux fois par jour au moins). Par cet ensemble, et notamment par la cautérisation (4 attouchements par jour pendant sept jours de suite), il a pu éviter la panophthalmie et obtenir la guérison.

M. Gaupillat (de Troyes). — En regardant si prématurément et si souvent votre cornée, vous risquez d'ouvrir la chambre antérieure et de provoquer la hernie de l'iris.

M. Vacher. — On ne va à la recherche de ces régions que quand le malade souffre ; vaut-il mieux laisser s'installer une panophthalmie ?

M. Panas. — L'eau bouillie à 100° n'est pas aseptique. M. Pasteur recommande de dépasser 100°. Pour cela il faut un autoclave. Et il importe d'instituer des expériences qui montrent dans quelles conditions sont réellement détruits les staphyloccus divers. Cette question dans ses rapports avec l'oculistique sera étudiée l'an prochain. Ce qu'il peut dire aujourd'hui, c'est que des intruments plongés dans la marmite autoclave à 120° sont à ce point détruits, oxydés, rouillés, qu'on ne peut s'en servir ; l'acier est attaqué : il y a donc renoncé, et s'est retourné du côté de la solution froide d'acide borique. C'est le liquide précouisé, utilisé avec succès par Guyon pour la vessie : il obtient par ce médicament une parfaite asepsie. Le bi-iodure d'hydargyre ne lui serait pas supérieur, du moins pour la vessie. Enfin il y a un élément de contamination de l'œil, c'est l'air atmosphérique qui pénètre au moment de la capsulotomie ; faites donc avant ce temps un lavage antiseptique de la chambre antérieure.

M. Dianoux. — Quand apparaît la suppuration des bords de la plaie cornéenne, il cautérise d'un seul coup profondément, puis fait des applications d'iodoforme deux fois par jour.

M. Dor. — Il est malheureux que l'acide borique ne soit soluble qu'à 4 0/0, car cette solution n'est pas assez forte. Les instruments sont rendus aseptiques par l'immersion dans l'huile chaude; seulement il faut remplacer les manches d'ivoire, qui seraient dans ces conditions imprégnés d'huile, par des manches d'ébène. Le lavage des instruments à l'alcool absolu est d'ailleurs bon. L'eau, malgré la filtration de l'appareil de Chamberland, contient encore des microbes; il convient donc de la faire bouillir et surbouillir.

M. Abadie n'a pas obtenu avec l'eau oxygénée de meilleures résultats qu'avec l'iodoforme; en outre, elle est irritante. L'action du galvano-cautère est la moins irritante et la plus maniable. De deux choses l'une; ou vous avez fait avant de cataracter l'iridectomie, en ce cas vous ne risquez pas en ouvrant l'œil de déterminer de prolapsus irien, ou vous n'avez pas exécuté préalablement d'iridectomie. En ce dernier cas, s'il se produit une hernie de l'iris, vous enlevez l'iris et appliquez le fer rouge sur les plaies produites. Vaut il mieux laisser suppurer l'œil : un œil qui suppure exige non seulement des soins immédiats, mais souvent des opérations ultérieures. Par conséquent il faut, dès le début, s'opposer à l'envahissement par une intervention immédiate (réponse à M. Gaupillat). Quant à l'excellence de l'eau bouillie, il y a longtemps que les gynécologues s'en servent pour rincer le péritoine. Faut-il, à l'exemple de M. Panas, laver la chambre antérieure? Il résulte d'analyses récentes faites à Montsouris et sur l air ambiant et sur celui même des salles de l'hôpital, que les germes pathogènes ne pullulent point autant qu'on l'avait craint jadis; ce sont surtout les instruments et les agents qui servent à l'opération, qui sont septiques.

M. Fieuzal offre à la Société un exemplaire des *Annales du*

Laboratoire des Quinze-Vingts (Fieuzal et Haensell). — M. Martin annonce l'apparition de son livre sur les *contractions astigmatiques*.

M. Gaupillat (de Troyes). — *Décollement de la rétine.* Il s'agit d'une observation qui démontre que l'abstention préconisée par M. Poncet (de Cluny) est exagérée. L'orateur a obtenu une guérison momentanée, mais se représentant à la suite de chaque intervention. Le 30 janvier dernier il eut à traiter un homme de 65 ans, qui depuis longtemps n'y voyait plus de l'œil droit (hémorrhagie ancienne de la macula) et qui par suite put s'apercevoir immédiatement de l'apparition subite d'un décollement rétinien de l'œil gauche Ce décollement très vaste occupait tout le segment supérieur. M. Gaupillat lui fit des pointes de feu très profondes à ce niveau, risquant de pénétrer dans le corps vitré Le lendemain, l'œil ne présentait aucune trace d'inflammation. Quinze jours après, la rétine était totalement recollée en haut, mais on trouvait un autre décollement à la partie externe et un peu en bas. On le poursuivit en cette région à l'aide de pointes de feu encore très profondes; le corps vitré pénétré par la tige sortit en petite quantité; malgré cela aucune réaction inflammatoire; nouvelle guérison. Mais le décollement reparut alors en bas et en dedans, un peu irrégulier, peu étendu. Le décollement fuyait devant les pointes de feu. Nouvelle intervention suivie d'une légère iritis passagère. Guérison finale le 2 avril. Ces jours-ci le malade présentait un décollement qui s'était reproduit en bas, mais n'avait pas reparu en haut. Ce fait démontre en tout cas l'innocuité des pointes de feu profondes.

M. de Wecker. — *Pourquoi le décollement de la rétine guérit-il si difficilement ?* Les études anatomo-pathologiques de Iwanow, Lœbe, Nordenssen, montrent que c'est par un mécanisme spécial que la rétine se détache de son support. C'est la rétraction du corps vitré qui commence; le décollement rétinien suit, c'est lorsque le décollement du corps vitré atteint les régions équatoriales, l'ora serrata, que se produit le décollement de la rétine. Celle-ci se décolle parce que préalablement la membrane a contracté, au niveau précité, des adhérences pathologiques avec le corps vitré qui l'enserre, la tient dans ses griffes et ne la lâche plus; ces adhérences sont constantes; le corps vitré se rétracte, entraîne la rétine qui le suit; une ou plusieurs de ces adhérences se rompt-elle, l'exsudat produit augmente le décollement en s'infiltrant entre la rétine et la choroïde, les autres adhérences rétino-vitréennes continuant, du reste, à tirer sur la membrane nerveuse. Ce qu'il faudrait faire, par conséquent, c'est non pas évacuer l'exsudat postrétinien, mais d'abord détacher la rétine du corps vitré décollé et ne s'occuper qu'ensuite de réappliquer la rétine sur la choroïde. Les résultats heureux qu'on a signalés sont dûs à ce que l'opérateur avait artificiellement et par hasard détaché les adhérences dont nous venons de parler.

M. Boucheron. — Vous venez d'entendre soutenir avec une grande habileté par M. Wecker, la théorie que ce décollement rétinien procède d'une lésion du vitreum. Laissez-moi maintenant défendre l'opinion que la lésion du tractus uvéal — cercle ciliaire et choroïde — est. le plus souvent, l'origine du décollement rétinien, dit spontané; et que les lésions du vitreum aident à l'aggravation du décollement, sans jouer le rôle actif principal dans la production du décollement.

Le décollement rétinien, observé dès le début, et c'est là le point important, siège, dans la majorité des cas, à la partie supérieure de l'œil, comme vient encore de le démontrer l'observation de M. Gaupillat. A mesure que le liquide descend vers la partie inférieure de l'œil, sous l'influence de la pesanteur, la rétine, qui était décollée en haut, se réaccole spontanément si le liquide est en quantité moyenne.

Ce siège primitif du décollement en haut correspond à une lésion du corps ciliaire, localisée aussi en haut, dans la grande majorité des cas, je ne sais pourquoi encore. Lésion cyclitique, petite cyclite, se traduisant symptomatiquement par une douleur aiguë à la pression du doigt, et par les corps flottants du vitreum.

Le corps ciliaire, en effet, enflammé — par le rhumatisme en général — exsude un liquide riche en matière fibrinogène, dont les coagula, dans le vitreum, forment les corps flottants. L'inflammation se propageant à la choroïde avoisinante, avec l'exsudation qui en dérive, produit le décollement rétinien.

C'est la poussée de l'exsudat qui presse sur la rétine, et, en la refoulant, repousse le corps vitré, dont *la partie fluide s'échappe* par les voies d'excrétion restées ouvertes.

Ces poussées d'exsudation cyclo-choroïdienne, se renouvellent périodiquement, comme dans le rhumatisme des autres régions, d'où l'augmentation du liquide sous-rétinien, ou la reproduction du liquide, s'il s'est une fois résorbé.

Le vitreum alors, refoulé par la rétine soulevée, encombré de corps flottants fibrineux, organisables, laisse ses fibres se raccourcir et se rétracter. Une fois la rétraction produite, la rétine qui suit cette rétraction, fixée qu'elle est habituellement au vitreum, ne peut revenir en position. — Il faudrait, comme dans l'opération thoracique de Letiévant-Estlander, faire progresser la coque oculaire vers la rétine et le vitreum retractés.

La cure du décollement n'est donc possible qu'au début, avant la rétraction définitive des fibrilles du corps vitré, et encore à la condition difficile que de nouvelles poussées cyclo-choroïdienne, cyclitiques surtout, ne reproduisent pas l'exsudat.

Les perforations rétiniennes ne siégeant pas en haut, mais généralement en bas, ou latéralement; il faut le plus souvent les considérer comme des pertes de substances par escharifications, ou par état trophique imparfait de la membrane rétinienne soulevée, ou comme une déchirure sous la poussée de l'exsudat. Elles seraient donc secondaires et non primaires.

L'anatomie pathologique ne donne de renseignements positifs que s'il s'agit de décollements tout à fait récents, où les lésions primaires existent seules. Telles sont les pièces de sarcome du cercle ciliaire au début. Dans ces pièces, comme nous en avons étudié avec un décollement d'un millimètre de hauteur, il n'y a que de l'exsudat cyclo-choroïdien et pas de déchirure de la rétine, ni de décollement du vitreum ; il en est de même dans le décollement par hémorrgagie.

Au contraire dans les pièces où le décollement est ancien, ou dans les lésions expérimentales (injections de cantharidate de soude dans l'espace extra-choroïdien, — Boucheron; de naphtaline — Panas) l'exsudat traverse la rétine par places et peut décoller le vitreum ; ce sont des lésions d'ancienneté ou d'intensité grandes.

M. Abadie. — L'anatomie pathologique n'est, en pareille circonstance, que l'étude de la dernière période du processus. Le début de la période initiale n'a pas encore été saisi. La clinique nous apprend d'ailleurs que le décollement de la rétine, chez les myopes, n'a généralement pas de phase prémonitoire; il survient généralement sans troubles fonctionnels préalables, c'est à peine s'il y a quelques mouches volantes; on les avait examinés la veille à l'ophthalmoscope et l'on n'avait pas trouvé de lésions. En second lieu, on ne trouve pas toujours de rupture de la rétine dans son décollement; bien plus, cette rupture ne s'observe que dans l'infime minorité des cas. Le mécanisme serait plutôt le suivant. La sclérotique du myope trop distendue, ainsi que l'on sait, tend la rétine appliquée sur elle, et par conséquent la soulève. Sans cela on ne comprendrait pas que le décollement de la rétine ne s'observe ni chez les hypermétropes, ni chez les emmétropes. On conçoit, au contraire ainsi, que les ponctions ne déterminent qu'une guérison momentanée, que l'on ne constate pas de lésions à l'ophthalmoscope; le processus sclérotical du myope continuant le décollement reprend et marche.

M. Abadie, après avoir ponctionné, exécute une sclérotomie, resèque une partie de la sclérotique afin de réduire le volume du globe oculaire. Il obtient ainsi une guérison qui dure trois semaines à un mois, pendant lesquels l'œil redevient absolument normal. Malheureusement, au bout de ce temps, le globe reprend de nouveau ses dimensions exagérées. Mais il y a là une indication qui est de continuer des recherches dans cet ordre d'idées. Il a également essayé de determiner des adhérences entre la rétine et la sclérotique; il a obtenu un succès en injectant une goutte de liqueur de Piazza. Trois gouttes de ce liquide ont provoqué une violente inflammation et l'exagération du décollement.

M. Gorecki (de Paris). — L'expression de décollement de la

rétine, masque diverses espèces de complexus morbides. Une enquête récente à propos de nombreux faits annoncés a démontré qu'il y avait eu des erreurs de diagnostic. Parmi les décollements il faut distinguer ceux qui sont la fin d'une maladie, et les vrais qui sont de nature myopique. Les premiers sont incurables, les seconds peuvent céder à un traitement. Il ne faut pas non plus confondre, le décollement du corps vitré avec celui de la rétine. La lésion équatoriale est un élément de pronostic fâcheux. Le décollement traumatique postérieur, laisse au contraire des chances.

M. MEYER. — A quel point de vue doivent se placer les recherches thérapeutiques ? Les derniers travaux d'anatomie pathologique, n'entraînent pas les conséquences visées par M. de Wecker. Décollement du corps vitré ne veut pas dire invariablement décollement de la rétine. Evidemment quand le décollement du corps vitré détermine le décollement de la rétine, il faut avant tout détacher les adhérences qui en sont la cause, mais la rétine peut se décoller seule.

M. de WECKER. — Dans les vrais décollements, c'est le corps vitré qui se détache le premier, et c'est quand il arrive à la région équatoriale qui toujours est le siège d'adhérences entre la rétine et le corps vitré que la membrane nerveuse se déchire et qu'il se produit une effusion de liquide derrière la rétine : de là le décollement. On sait depuis longtemps que parfois il existe également du liquide entre le corps vitré décollé et la rétine. Ce qui est nouveau dans les travaux de Lœbe et Nordenssen, c'est que malgré les apparences ophthamoscopiques les plus parfaites d'intégrité et de pellucidité, le corps vitré joue dans ce mécanisme un rôle actif. La déchirure rétinienne peut, du reste, s'observer souvent dans ces cas ; si on ne la voit pas plus souvent, c'est qu'elle se produit près de l'équateur, dans une partie déclive et qu'elle est masquée par un pli de la rétine; elle est la règle. Ce qui est évident, c'est que le corps vitré commande le décollement de la rétine quelle que soit la cause première et que, par conséquent, à l'exemple de M. Abadie, il convient de ne plus faire ce que l'on faisait jusqu'alors. Il faut chercher autre chose.

M. PETRESCO (de Buckharest). — *Recherches sur la nature microbienne des granulations conjonctivales.* M. Petresco a analysé les produits de secrétion de la conjonctive, tant des individus sains que des individus malades, il a donc révisé une grande partie des expériences de M. Gayet. Il a trouvé les microorganismes suivants : — staphylococcus pyogenes aureus, albus, citreus — streptococcus. — Un bacille très petit qui ne liquéfie pas non plus la gélatine. — Un bacille un peu plus grand que le précédent qui ne liquéfie pas non plus la gélatine. — Un bacille ressemblant au bacillus subtilis. — Un bacille liquifiant la gélatine, et, qui, dans la culture par piqûre, prend l'aspect d'un panache dont les filaments se développent à angle droit par rapport à un axe vertical commun pour se ramifier à leur tour — enfin des microcoques dont les caractères diffèrent de ceux des microorganismes énumérés ci-dessus. Dans cette dernière catégorie se range le microcoque isolé en cultures pures du tissu trachomateux, microcoque qui était profondément disséminé dans toute l'épaisseur de la conjonctive, depuis l'épithélium jusqu'au milieu des couches sous-dermiques. Ce microcoque diffère de celui de Neisser en ce qu'il se colore très bien par la méthode de Gram et de celui de Sattler et Michel par ce fait qu'il liquéfie la gélatine, de celui de Poncet parce qu'on le trouve dans le tissu même et non pas seulement dans les leucocytes.

Toutes les tentatives d'inoculations sur les chiens et les chats sont demeurées infructueuses, ces animaux étant réfractaires même au pus blennorrhagique récemment récolté. Dans le trachome ancien pas traces de micro-organismes, Il y a au point de vue microbiologique une différence entre la granulation proprement dite et le follicule hypertrophié (granulation des Belges) ; ce dernier état peut se développer très lentement et coexister avec une apparence normale du reste de la conjonctive. Observation abrégée d'une jeune fille de 8 ans, paraissant saine ; les follicules contenaient un liquide qui, soumis à la culture, avait donné des résultats négatifs. Or, au microscope on voit le tissu réticulé du follicule, une couche épithéliale envahie par des microcoques ronds très nombreux à la surface et gagnant en quelques points la profondeur, qui sont manifestement plus gros que ceux que l'on trouve dans le tissu granuleux proprement dit. — Dessins et pièces. — Ce qui est terrible, c'est que l'armée roumaine est infectée. Aucun traitement n'a réussi. M. Petresco va essayer de l'isolement dans les montagnes. Il s'adresse aux hautes connaissances de l'assemblée.

M. KOSTOMYRIS recommande, en pareil cas, le massage de la conjonctive et de la cornée. Il a, sur 4164 individus, obtenu de cette façon d'excellents résultats. Il ne se produit pas de récidive quand on évite une nouvelle contamination.

M. DOR. Les microbes de Sattler et Poncet ne seraient pas ceux des granulations ? bien. Mais M. Petresco annonce qu'il en a découvert d'autres. Il nous faut par l'inoculation la preuve que ce sont eux les microbes des granulations. Et ce doit être possible, puisque M. Petresco lui-même dit qu'il y a des chiens spontanément granuleux.

M. PETRESCO. Le massage, que peut-il faire contre une maladie microbienne probable ; ce n'est pas un agent antiseptique. Il continuera ses expériences.

M. LEROY communique un moyen de se *débarrasser des reflets cornéens* dont il a été question dans la séance précédente pour l'examen et la photographie du fond de l'œil, il consiste à diriger sur la moitié de la pupille la lumière réfléchie sur l'hypoténuse d'un prisme à réflexion totale. On observe l'œil ainsi éclairé en regardant par l'autre moitié de la pupille.

M. PARENT pense et a vérifié qu'un *miroir étamé d'un seul côté* détermine les mêmes effets ou à peu de chose près, en ce sens que la suppression totale des reflets est rigoureusement impossible.

Séance du 10 *mai* (soir). — PRÉSIDENCE DE M. DOR (de Lyon).

Cette séance est tout entière consacrée à la présentation *d'instruments.* Nous en indiquons la liste brièvement, réservant pour le prochain numéro les principaux détails mis en évidence par les différents auteurs :

MM. Javal : *Perfectionnements à l'ophthalmomètre ;* — de Tscherning : *Perfectionnements à son ophthalmomètre ;* — Leroy : *Nouvel ophthalmomètre* ; — Farinaud : *Nouvelle échelle de Giraud-Teulon* ; — Parenteau : *Optomètre de poche* ; — Gayet : *Blépharostat laveur des culs-de-sac* ; — Panas : *Disques de verres pour la skiashopie* ; — Parent : *Règles de verres destinées au même usage* ; — Debierre : *Disque correcteur dans le même but* ; — Vacher : *Blespharotat à bras mobiles* ; — Motet : *Kystectome* ; — Meyer : *Sarcome parenchymateux de la cornée* (pièces).

La session est déclarée close. P. KÉRAVAL.

THÉRAPEUTIQUE

L'arséniate d'or dynamisé comme agent thérapeutique, sa puissance dans un très grand nombre de maladies récentes ou chroniques.

L'arsenic et l'or peuvent, à juste titre, être regardés comme étant deux des plus précieux agents de la thérapeutique.

Modérateur des combustions et de l'hématocausie, l'arsenic est un abaisseur de la calorification, un antiphlogistique, un fébrifuge. C'est un reconstituant, puisqu'il empêche les forces de se perdre et favorise l'embonpoint ; c'est en même temps un sédatif général, un cohibent qui, autrefois, comme l'a fait remarquer le professeur Gubler, aurait mérité la désignation de contre-stimulant.

De la connaissance des effets physiologiques de l'arsenic, dérivent ses usages et ses indications thérapeutiques. Utile dans les fièvres lentes nerveuses, son application est particulièrement remarquable contre les formes éréthistiques des affections tuberculeuses. Dans la scrofule, le rhumatisme, dans les névralgies congestives, l'hystérie, les dermatoses, etc., il n'est pas de médecin qui n'ait eu fréquemment l'occasion d'en constater les heureux effets.

Les préparations aurifères ont joui, il y a un demi siècle, d'une vogue justement méritée. C'était l'époque où l'on venait

à Montpellier, de toutes les parties de l'Europe, consulter le célèbre docteur Chrestien, et c'est à lui que revient l'honneur d'avoir définitivement introduit ces préparations dans le domaine de la thérapeutique.

Aujourd'hui l'attention des médecins s'est de nouveau portée sur les propriétés curatives de l'or; c'est une des conséquences des belles recherches métallothérapiques de Burcq, de MM. Charcot, Luys et Dumontpallier.

Quoi qu'il en soit, l'efficacité de ce précieux métal, des chlorure, cyanure et iodure d'or, de l'acide aurique, dans le traitement des engorgements scrofuleux, de la syphilis, de l'aménorrhée, des affections cutanées, etc., ne peut être mise en doute. Les observations de Chrestien, de Pourché, de Niel, de Pierquin, de Caizergues, de Golfin et de bien d'autres en sont une preuve irrécusable.

La combinaison intime de ces deux substances — or et arsenic — a été longtemps cherchée sans qu'on fût parvenu à un résultat satisfaisant. Grâce aux recherches d'un médecin anglais, le docteur Addison, le problème est aujourd'hui résolu et l'on peut obtenir un *arséniate d'or dynamisé* Cet arséniate participe des propriétés curatives des deux corps dont il est formé, mais c'est surtout dans les affections du système nerveux, dans les cachexies de toute nature, dans la plupart des dermatoses et contre les accidents secondaires et tertiaires de la syphilis que nous croyons devoir le recommander tout particulièrement à nos confrères. Son assimilation dans l'économie est parfaite et son emploi n'a jamais donné lieu au moindre accident.

L'arséniate d'or dynamisé du docteur Addison se prescrit à la dose de 1 à 30 milligrammes progressivement.

Dr Fr. Regourdin.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu (*Suite*).

XVI. Ils ne pourront prendre leur repas ailleurs que dans les réfectoires sous quelque prétexte que ce soit, et s'il arrivait que quelqu'un ne se conformât à cet article soit en emportant sa nourriture hors du refectoire, soit en abusant de celle qui pourrait se trouver dans l'office de la salle à laquelle il serait attaché, il sera renvoyé sans espérance de pouvoir rentrer, l'inspecteur et les sous-inspecteurs chargés spécialement d'y veiller, et les relligieuses de chaque salle invitées à y tenir la main.

XVII. Il sera fait un état de tous les domestiques mâles et femelles des anciennes salles dont il est parlé dans l'article premier, lequel sera arrêté au Bureau.

XVIII. Lesdits domestiques auront les mêmes gages, le même habillement que ceux dont il a été parlé dans les articles précédens et seront soumis à touttes les conditions cy dessus.

XIX. La nourriture des uns et des autres en pain, vin et viande, sera telle qu'elle est prescrite par les anciens réglemens.

XX. Les domestiques qui deviendront infirmes au service de l'Hôtel Dieu après 15 années de service ou qui se trouveront par vieillesse hors d'état de remplir leur service continueront d'y être nourris et habillés comme les autres domestiques, et pour empêcher que cette clause ne devienne par trop à charge à l'Hôtel Dieu, il ne sera pas reçu de domestiques passé l'age de 40 ans. Surquoi la matière mise en délibération, la Compagnie a arrêté que ledit projet de règlement pour les domestiques demeurera définitif et sera exécuté à compter du jour de l'ouverture des nouvelles salles.

L'ouverture des nouvelles salles eut lieu le 2 août 1787 et bien entendu, le règlement précédent y fut appliqué par les administrateurs. Ces mesures eurent le don de mécontenter les religieuses. Le 30 septembre suivant, elles adressèrent au contrôleur général un mémoire, malheureusement perdu, où elles réclamaient les anciennes coutumes. Le Bureau auquel on communiqua ce mémoire pria M. le contrôleur général « d'écrire à la mère Prieure qu'il est informé que le règlement « dont elle se plaint a été concerté avec le gouvernement, et « qu'ayant été arrêté dans une assemblée générale, il a les « caractères suffisans *pour faire loy dans l'Hotel Dieu*, et « qu'il doit être exécuté par provision. »

Dissolution des Sociétés Médicales d'Alsace.

Par arrêtés, en date des derniers jours d'avril, sont dissoutes ou mutilées: 1° La *Société de médecine de Strasbourg;* 2° L'*Association de Prévoyance des médecins du Bas-Rhin;* 3° La *Société de médecine de la Haute-Alsace*. La doyenne des Sociétés médicales alsaciennes, celle de Strasbourg, avait été fondée en 1842. Elle jouissait d'une grande et méritée réputation dans le monde scientifique. L'Association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin, possédait environ quarante mille francs dont les revenus n'ont jamais été employés qu'à soulager les confrères malades ou nécessiteux. Quant à la Société de médecine de la Haute-Alsace, elle avait transféré son siège de Colmar à Belfort.— Les médecins du Haut-Rhin ayant ainsi manifesté leur désir formel de rester en communication avec leurs collègues de l'arrondissement demeuré français, on les a traité de suspects Mais pourquoi a-t-on frappé les deux Sociétés du Bas-Rhin? Jusqu'à présent, ces Sociétés n'avaient reçu aucun avertissement, blâme ou injonction. On supprime brutalement la première (qui avait cependant élu membres honoraires, de son propre mouvement, plusieurs médecins allemands distingués); quant à la seconde — celle de prévoyance — on lui signifie qu'elle ait à adopter, dans un délai de quinze jours, des statuts allemands « répondant aux circonstances actuelles. » Les journaux d'Alsace enregistrent avec peine cette décision que la presse médicale doit signaler sans commentaires.

Une monstruosité à l'hôpital des Enfants-Malades (1).

Le juge d'instruction chargé de l'enquête relative au soi-disant scandale des Enfants assistés, si pompeusement révélé par le *Soleil*, vient de rendre une ordonnance de non lieu pour cette affaire. Nous sommes heureux de ce témoignage public rendu à la dignité du corps de l'internat faussement accusé et à l'honnêteté des surveillantes laïques de nos hôpitaux, qu'en vain le *Soleil* voudrait faire abhorrer du public par tous les moyens imaginables, même les plus mensongers.

L'Assistance publique, nous en sommes sûr, n'en restera pas là, et M. Peyron maintiendra sa plainte en diffamation et saura demander au tribunal de sérieux dommages-intérêts. Il est de son devoir d'exiger une éclatante réparation contre les feuilles qui, comme le *Soleil*, calomnient injustement un personnel honorable digne à tous les points de vue de notre respect et de notre admiration et qui, disons-le bien haut, sait s'acquitter avec le plus grand dévouement de ses pénibles fonctions.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 14. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Delens, Rémy, Jalaguier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Reynier. — 3e *de Doctorat* (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Budin, Kirmisson; — (2e *Série*) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Straus, Raymond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Lannelongue, Pinard, Reclus; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Damaschino, Landouzy, Brissaud; — (2e *Série*) : MM. Potain, Joffroy, Déjérine.

Mardi 15. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Le Fort, Polaillon, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Bouchard, Bouilly, Brun; — (2e *Série*) : MM. Richet, Mathias-Duval, Campenon; — (3e *Série*) : MM. Duplay, Cornil, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Peyrot, Maygrier. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) MM. Panas, Schwartz, Charpentier; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Peter, Pernet, Ballet; — (2e *Série*) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Hanot.

Mercredi 16. — (Epreuve pratique). Dissect. : MM. Trélat Marc Sée, Segond. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Ch. Richet, Reclus, Rémy; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Raymond, Jalaguier; — (3e *Série*) : MM. Hayem, Delens, Déjérine); — (4e *Série*) : MM. Straus, Pinard, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson; — (2e partie) : MM. Damaschino, A. Robin, Chauffard.

Jeudi 17. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Richet, Panas, Bouilly. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) :

(1) V. *Progrès Médical*, n° 16, p. 314.

MM. Le Fort, Peyrot, Brun ; — (2e *Série*) : MM. Cornil, Polaillon, Schwartz ; — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Poirier, Villejean. — 3e *de Doctorat* (2e partie) (1re *Série*) : MM. Jaccoud, Legroux, Troisier ; — (2e *Série*) : MM. Péter, Fernet, Ballet. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Proust, Hanot.

VENDREDI 18. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Fournier, Damaschino, Segond ; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Reclus, Raymond ; — (3e *Série*) ; MM. Trélat, Straus, Rémy ; — (4e *Série*) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Déjérine ; — (5e *Série*) : MM. Hayem, Delens, Reynier ; — (2e partie) : MM. Potain, Ch. Richet, A. Robin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) MM. Lannelongue, Budin, Jalaguier.

SAMEDI 19. — (Epreuve pratique). Dissect. ; MM. Duplay, Schwartz, Bouilly. — 2e *de Doctorat*, oral (1e partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Peyrot, Poirier ; — (2e *Série*) : MM. Ball, Campenon, Brun ; — (3e *Série*) : MM. Panas, Mathias-Duval, Quénu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Legroux, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Polaillon, Charpentier. — (2e partie) : MM. Cornil, Fernet, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 16. — M. Hauttement Angine syphilitique secondaire à forme diphthéroïde. — M. Labruhe. Etude chimique du liquide amniotique de la femme. — *Jeudi* 17. — M. Bécavin. L'Ecole de Valence et les médecins valencitains. — M. Durand De l'épithélioma pavimenteux primitif des cicatrices. — M. Lenys. Des plaies graves de l'avant-bras. — M. Ménard. Contribution à l'étude de la sciatique et particulièrement de son traitement par l'analgésine. — M. Evrain. De la suppuration des épanchements sanguins dans les plèvres.

Enseignement médical libre.

HÔPITAL LOURCINE. *Clinique médicale.* — M. le Dr BALZER commencera ses conférences cliniques dans ledit hôpital le mercredi 15 mai à 10 heures et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 22 avril 1888 au samedi 28 avril 1888, les naissances ont été au nombre de 1218, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 463 ; illégitimes, 176. Total, 639. — *Sexe féminin* : légitimes, 429 ; illégitimes, 170. Total, 579.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 22 avril 1887 au samedi 28 avril 1888, les décès ont été au nombre de 1002, savoir : 524 hommes et 478 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 8, T. 15. — Variole : M 4, F. 5, T. 9. — Rougeole : M. 4, F. 5. T. 9. — Scarlatine : M. 1, F. 1, T. 2. — Coqueluche : M. 2, F. 2, T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 23 F. 25, T. 48. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 125, F. 75. T. 200. — Autres tuberculoses : M. 18. F. 10. T. 28. — Tumeurs bénignes : M. 4, F. 3. T. 7. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 35. T. 49. — Méningite simple : M. 27, F. 20. T. 47. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 32. T. 56. — Paralysie : M. 1, F. 6. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 2. T. 6. — Maladies organiques du cœur : M. 30, F. 41. T. 71. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 13 T. 24. — Bronchite chronique : M. 18, F. 14. T. 32. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 15. T. 31. — Pneumonie M. 32, F. 29. T. 61. — Gastro-entérite, biberon : M. 13, F. 12. T. 25. — Gastro-entérite, sein : M. 10, F. 8. T. 18 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 3. T. 5. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 13, F. 14, T. 26. — Sénilité : M. 9, F. 20. T 29. — Suicides : M. 19, F. 2 T. 21. — Autres morts violentes : M. 4. F. 1. T. 5. — Autres causes de mort : M. 82 F. 66. T. 148. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 3. T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 99, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 36, illégitimes, 16. Total : 52. — *Sexe féminin* : légitimes, 30 ; illégitimes, 17. Total : 47.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Cours d'Hygiène.* — M. PROUST fera le samedi 12 mai une visite à la fabrique d'allumettes chimiques, située 40, route d'Aubervilliers, à Pantin. Rendez-vous à 9 h. 1/2 du matin.

FACULTÉ DES SCIENCES DE TOULOUSE. — Un congé, du 1er avril au 30 juin 1888 est accordé, sur sa demande, à M. CAUSSÉ, préparateur de géologie à ladite Faculté.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisation.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation le dimanche 13 mai, rendez-vous à la gare Montparnasse, à 10 heures 45 pour le train partant de Paris à 11 heures 5, pour la station de St-Cloud-Versailles.

ECOLE DE MÉDECINE D'ALGER. — M. CORNEBOIS est nommé aide d'anatomie, en remplacement de Mme Fumot, dont le temps d'exercice est expiré. A Paris, il n'y a pas encore eu de femme aide-d'anatomie. Il est plus qu'humiliant de voir l'Algérie donner l'exemple à Paris !

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux.* — Ce Concours sera ouvert le lundi 6 août 1888, à quatre heures, à l'Amphithéâtre d'anatomie, rue du Fer à-Moulin, 17. MM. les élèves des hôpitaux qui voudront concourir se feront inscrire, au Secrétariat général de l'administration, à partir du lundi 25 juin jusqu'au lundi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

Prix Civiale. — Un nouveau Concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 fr. fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au Secrétariat général de l'Administration avant le 15 octobre 1888 au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au Secrétariat général.

Concours du bureau central de chirurgie. La question écrite, qui a eu lieu vendredi dernier, était : *Cou de pied ; variétés et anatomie pathologique des Pieds-Bots.* Les autres questions restées dans l'urne étaient : *Aponévroses de l'abdomen et phlegmons de la paroi abdominale antérieure ; — Voûte du crâne et commotion cérébrale.*

INDEX MEDICUS. — Il paraîtrait que l'*Index medicus*, cette superbe publication que les Américains seuls ont osé entreprendre, et que tous les médecins, amis de la science, connaissent et apprécient, va subir une interruption forcée, faute de souscripteurs. Tous ceux qui se servent journellement de cette utile revue bibliographique, ne peuvent que regretter le peu de cas qu'en France on fait d'une publication si importante. Toutes les bibliothèques devraient en être pourvues ; il y en a peu pourtant qui la possèdent. Si le sort de l'*Index medicus* n'intéresse pas les Français, nous n'avons qu'un conseil à leur donner, c'est de fonder chez eux quelque chose d'analogue et d'aussi bon. M. B.

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE. (Paris, 3, rue de l'Abbaye). — Le Dr Aguilhon de Sarran commencera des conférences sur les *éléments de la chirurgie dentaire*, au siége de l'Institut odontotechnique, le mardi 15 mai, à huit heures du soir, et les continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure. Ces conférences sont faites spécialement en vue de l'instruction des élèves en médecine.

MISSION SCIENTIFIQUE. — M. le docteur Ambroise MONPROFIT, ancien interne des hôpitaux de Paris, est chargé par le ministre de l'instruction publique d'une mission en Suisse et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation hospitalière et le fonctionnement de l'enseignement chirurgical.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de Géologie.* — M. DAUBRÉE, membre de l'Académie des sciences, commencera ce cours le mardi 15 mai 1888, à quatre heures et quart précises, dans l'amphithéâtre de la galerie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure. Le professeur, traitera du rôle géologique des eaux souterraines, particulièrement des gîtes métallifères. Il exposera aussi l'histoire géologique de l'époque quaternaire. En cas d'absence le professeur sera remplacé par M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, à qui est confiée la direction des excursions géologiques, que des affiches annonceront successivement.

NOUVEAUX JOURNAUX. — Nous recevons le premier numéro d'un nouveau journal publié à Rio-de-Janeiro, et dirigé par M. le Dr Azevedo Sodre. Il a pour titre *Revista Brazileira de medicina.* Parmi les travaux contenus dans le premier numéro, nous citerons tout particulièrement le suivant : *Notas helminthogicas*, par le Dr Pedro de Magalhães. — Nous souhaitons le meilleur succès à notre nouveau confrère.

RÉCOMPENSES. — A la Société de Géographie, la récompense suivante a été décernée. Médaille d'or, prix Logerot : M. le Dr René VERNEAU, pour sa monographie des îles Canaries (1867-1887).

SOMMAIRE de la *Revue Philosophique*, n° de Mai 1888 (13e année). — A BINET : Le problème du sens musculaire d'après

les travaux récents sur l'hystérie. — CH. SECRÉTAN : Questions sociales : I. La journée normale. — CH. RICHET : Les réflexes psychiques (*fin*) [*avec 8 figures*]. — Variétés. — Analyses et comptes rendus. — Société de psychologie physiologique. — Nécrologie. — *Abonnements :* Un an, Paris, 30 fr.; départements et étranger, 33 fr.; la livraison, 3 fr. Félix Alcan, éditeur.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi, 14 mai 1888, à 4 heures très-précises au Palais de Justice dans la salle des Référés. *Ordre du jour* : 1° Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2° De la vente des vins de quinquina par les marchands de vins et les limonadiers, rapport de la Commission. — 3° M. MARCEL-BRIANT. Analyse de la thèse inaugurale de M. le Dr VÉTAULD, Etude médico-légale sur l'alcoolisme. — 4° M. MOREAU DE TOURS. Analyse du livre de M. le Dr Parent. — 5° Suite de la discussion sur le Mémoire de M. le Dr VIBERT : des traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. — 6° Communications diverses.

SOCIÉTÉ CENTRALE DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD. — *Concours.* — La *Société de médecine du Nord* décernera, en 1889, un prix de 500 francs au meilleur Mémoire inédit sur un sujet de médecine ou de chirurgie. Les Mémoires doivent être écrits lisiblement en français ; une devise inscrite en tête du manuscrit sera répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom et l'adresse des auteurs. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement, sera exclu du Concours. Les Mémoires devront être adressés franco, avant le 1er janvier 1889, à M. le Dr BAUDRY, Secrétaire général de la société, 14, rue Jacquemars-Giélée, Lille. La Société se réserve la propriété des manuscrits. Elle publiera dans le *Bulletin* le Mémoire couronné et les travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtront néanmoins digne de la publicité. Un tirage à part de 100 exemplaires sera adressé aux auteurs des Mémoires publiés.

NÉCROLOGIE. — M. DUFFAUR, médecin à Maubourguet (Hautes-Pyrénées), rentrant de nuit de sa tournée quotidienne, engagea sa voiture dans un chemin qui longe la rivière d'Echez. Des inondations récentes avaient profondément raviné le sol ; la voiture fut renversée et M. Duffaur précipité dans le torrent. Son cadavre fut retrouvé le lendemain matin, à un kilomètre du lieu de l'accident. (*Temps*). — M. le Dr DESPLATS, professeur agrégé de physique à la Faculté de médecine de Paris. M. Desplat est on le sait, l'auteur avec M. Gariel, d'un *Traité de physique médicale* très-estimé. On doit encore à ce physicien : *Lois générales de la production et de la propagation du courant électrique*, Paris, 1863. — M. le Dr E. BERCHENS (d'Anvers). — M. le Dr HOEFNAGELS (d'Oordeon, Belgique); on lui doit quelques travaux intéressants.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. le Dr TERILLON continuera ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

Clinique des maladies nerveuses. — Les leçons policliniques de M. CHARCOT n'auront pas lieu les mardis 15 et 22 mai.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — M. le Dr QUINQUAUD a commencé son cours de *dermatologie et de syphiligraphie* le mercredi 9 mai, à 4 heures de l'après-midi; il le continuera les mercredis suivants à la même heure (salle des conférences).

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. le Dr JULES SIMON recommencera ses conférences le mercredi 23 mai, à 9 heures du matin, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS AUX LECTEURS ET AUX ÉDITEURS. — Tout ouvrage dont il nous sera envoyé UN seul exemplaire, sera ANNONCÉ. Il sera fait, s'il y a lieu, une analyse de tout ouvrage dont nous recevrons DEUX exemplaires.

Librairie F. ALCAN, 108, boul. Saint-Germain.

FÉRÉ (Ch.). — Dégénérescence et criminalité. Essai physiologique. Volume in-12 de 179 pages. — Prix : 2 fr. 50.

HÉRARD, CORNIL et HANOT. — La phthisie pulmonaire. Volume in-8 de 842 pages, avec 65 figures et 2 planches en chromo-lithographie. — Prix : 20 fr.

Librairie J.-B. BAILLIÈRE et fils, 19, rue Hautefeuille.

GALEZOWSKI (A.). — Traité des maladies des yeux, 3e édition. Volume in-8 de 1.030 pages, avec 383 figures. — Prix : 20 fr.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulev. St-Germain.

MONCORVO. — De l'antipyrine dans la thérapeutique infantile. Volume in 8 de 157 pages.

Librairie O. DOIN, 8, Place de l'Odéon

BARDET et EGASSE. — Formulaire des nouveaux remèdes. Volume in-18 de 358 pages. — Prix : 4 fr.

BÉRENGER-FÉRAUD. — Leçons cliniques sur les tænias de l'homme. Volume in-8 de 368 pages, avec 50 figures. — Prix : 8 fr.

BERLIOZ (A.). — Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. Volume in-8° de 145 pages. — Prix : 3 fr.

BIARRITZ. — Congrès international d'hydrologie et de climatologie. — Première session. — Volume in-8 cartonné, de 607 pages. — Prix : 12 fr.

BLONDEL (R.). — Les trophantus du commerce. Etude de matière médicale. Brochure in-8 de 55 pages, avec 53 figures. — Prix : 2 fr.

DEBIERRE (Ch.). — Les maladies infectieuses. Microbes, ptomaines et leucomaines. Volume in-12 de 269 pages. — Prix : 3 fr. 50.

DUBIEF (H.). — Manuel pratique de microbiologie. Volume in-12 cartonné de 606 pages, avec 102 figures et 8 planches hors texte. — Prix : 8 fr.

GUELPA (G.). — Nouvelle méthode de traitement de la diphthérie. Brochure in-8 de 80 pages. — Prix : 2 fr.

MONANGE (L.). — Les drogues chimiques. Volume in-12 de 259 pages. — Prix : 3 fr.

MOURE (E.-J.). — Contribution à l'étude de la syphilis des fosses nasales. Brochure in-8 de 12 pages.

PARANT (V.). — La raison dans la folie. Etude pratique et médico-légale sur la persistance partielle de la raison chez les aliénés et sur leurs actes raisonnables. Volume in-8 de 423 pages. — Prix : 7 fr.

RAYMOND (P.). — L'urticaire pigmentée. Volume in-8 de 126 pages, avec 2 planches hors texte.

TREILLE (G.), — De l'acclimatation des européens dans les pays chauds. Volume in-12 de 137 pages. — Prix : 2 fr.

VERNEUIL (H.). — Les grandes fièvres à travers les découvertes (pathologie interne et pathologie générale). Volume in-8 de 104 pages. — Prix : 2 fr. 50.

VINCENT (H.). — Recherches expérimentales sur l'hyperthémie et les causes de la mort dans celle-ci. Brochure in-8 de 95 pages. — Prix : 3 fr.

WAGNIER. — Des nodules des cordes vocales dits « Nodules des chanteurs ». Brochure in-8 de 12 pages.

BOUCHUT (E.). — Tubage de larynx ou intubation. Brochure in-8 de 76 pages. — Paris, 1888. — Bureaux du *Paris-Médical*.

CAUTIMIR. — Les bains minéraux de Baltatesci (district de Neamtu, Roumanie). Rapport à M. le Directeur général du service sanitaire. Brochure in-8 de 82 pages. Bucarest, 1887. — Imprimerie N. Georgesco.

LE BELL. — Des épilepsies par troubles de la circulation. Brochure in-8 de 55 pages. — Paris, 1888. — Imprimerie A. Davy.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 20. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 19 MAI 1888.

Le Progrès Médical

REVUE CRITIQUE

Du cancer du larynx.

Par J. BARATOUX.

On donne en général le nom de cancer du larynx aux tumeurs malignes(sarcomes, épithéliomes et carcinomes), qui envahissent cet organe soit primitivement, soit secondairement par propagation d'un néoplasme des tissus voisins.

HISTORIQUE. — Jusqu'à l'époque de la découverte du laryngoscope, on n'avait que peu de données sur l'histoire des tumeurs malignes du larynx. En effet, ce n'était guères qu'à l'autopsie qu'on pouvait poser le diagnostic. C'est ainsi que Morgagni (1) put observer les deux premiers cas de cancer de cet organe. Il faut arriver ensuite jusqu'à Urner (2), d'Elberfeld, pour en trouver un nouvel exemple. Cet auteur rapporte qu'Albers, de Bonn, eut l'occasion de voir un homme de 54 ans qui mourut de suffocation par suite de la présence sur les cordes vocales d'une tumeur ronde et charnue de la grosseur d'une noix.

La même année, à l'exemple de Pelletan, Brauers (de Louvain) (3) pratiqua la thyrotomie pour une tumeur qui prit plus tard un caractère malin et récidiva plusieurs fois. Vinrent ensuite successivement les observations de Louis (4), de Trousseau et Belloc (5), qui décrivirent dans leur mémoire *sur la phtisie laryngée*, les différentes affections du larynx, de Regnoli (6), de Casper (7), de Bricheteau (8), de Trousseau (9), de Bauchet (10), de Barth (11), de Horace Green (12), de Gordon Buck (13), de Hilton (14), etc., qui montrèrent que le larynx était parfois le siège de tumeurs cancéreuses.

C'est alors que le laryngoscope ayant été découvert, on put étudier sur le vivant les diverses affections du larynx, et reconnaître leur nature ainsi que leur siège. Aussi les observations de tumeurs laryngées se multiplièrent-elles rapidement et la symptomatologie commença-t-elle à être clairement définie grâce aux travaux de Valery-Meunier (1), de Decori (2), de Turck (3), de Störk (4), de Dufour (5), de Gibb (6), de Sands (7), de Curling et Bicherton (8), de Planchon (9), de Mandl (10), de Blanc (11), de Fauvel (12), de Ziemssen (13), d'Isambert (14), de Krishaber (15), etc., etc. Ces auteurs se bornèrent à recommander soit l'excision des tumeurs par la méthode laryngée, soit la trachéotomie ou encore la laryngotomie.

Mais, le 31 décembre 1873, Billroth (16), pratiqua l'extirpation totale du larynx que Watson (17) avait déjà faite en 1866, pour une sténose syphilitique de cet organe (18). Quelques années plus tard en 1878, ce même opérateur introduisait en chirurgie un nouveau procédé pour l'ablation partielle du larynx (19).

L'anatomie pathologique des tumeurs malignes n'a été étudiée d'une manière approfondie que depuis 1873, quoique cependant quelques auteurs, tels que Rokitansky (20) et Schrötter (21), s'en soient occupés avant que l'on n'ait songé à extirper l'organe vocal. C'est surtout aux travaux de Morell-Mackensie (22), de Descouts (23), de Marelle (24), de Ziemssen (25), de Stœrk (26), d'Eppinger (27), de Butlin (28), de Cornil et Ranvier (29), de E. Ziegler (30), de Solis-Cohen (31), de Schwartz (32), etc., que l'on

(1) Morgagni.—*De sedibus et causis morborum*. Let. XXVIIIe, 9, t. II, p. 80.
(2) Urner. — *Dissertatio de tumoribus in cavo laryngis*, Bonn, 1833.
(3) Brauers. — *Warzenartige Geschwülste in Kehlkopf. Journ. der chirurgie von Græfe und Walter*, 1834, t. XXI, page 534.
(4) Louis. — *Mémoire de la Soc. méd. d'observation*, 1837, t. I, p. 169.
(5) Trousseau et Belloc. *Traité de la phthisie laryngée*, 1837, page 132.
(6) Regnoli. — *Osservazioni chir.*, Pisa, 1836.
(7) A. Cooper. — In *Musée de Guy's Hospital*, n° 1685. Londres.
(8) Bricheteau. — *Journ. des conn. méd. — ch.*, 1840, t. VIII, page 126.
(9) Trousseau. — *Ibid.*, 1840, p. 133.
(10) Bauchet. — *Bull. de la Soc. anat.*, 1851, p. 198.
(11) Barth. — *Ibid.*, 1851, p. 202.
(12) Horace Green. — *On the surgical Treatment of Polypi of the Larynx*. New-York, 1852.
(13) Gordon Buck. — *Trans. of the am. med. assoc.*, 1853, tome VI.
(14) Hilton. — *Presse med.*, 1858.

(1) Valery Meunier. — *Phthisie laryngée cancer. trachéot. Mort. Soc. an.*, 1861, p. 187.
(2) Decori. — *Cancer du larynx. Ibid.*, 1852, p. 353.
(3) Türck. — *Recherches cl. sur les diverses maladies du larynx, de la trachée et du pharynx*, Paris, 1862.
(4) Stoerk.—*Zottenkrebs des Lar. Arch. der Heilk.*, IV, 1863.
(5) Dufour. — *Cancer du larynx. Soc. an.*, 1865, p. 53.
(6) Gibb. — *Brit. med. jour.*, 1865, p. 192.
(7) Sands. — *Cancer of larynx. New Y. med. j.*, I, 1, p. 110, 1865.
(8) Curling et Bicherton, 1865.
(9) Planchon. — *Faits cliniques de laryngotomie*. Paris, 1869.
(10) Mandl. — *Traité des maladies du pharynx et du larynx*. Paris, 1872.
(11) Blanc. — *Etude sur le cancer primitif du larynx*. Paris, 1872.
(12) Fauvel. — *Traité des maladies du larynx*. Paris, 1876, 1re partie.
(13) Ziemssen. — *Handbuch der Krankh. der Respir. Apparates*, 1879, I., p. 318.
(14) Isambert. — *Confér. clin. sur les mal. du larynx*, 1877.
(15) Krishaber. — *Cancer du larynx*, 1880.
(16) Billroth. — *Arch. für klin. Chirurgie*, t. XVII, p. 343.
(17) Watson. — In Foulis, *Transactions int. med. Cong.* London, 1881.
(18) Baratoux. — *De l'extirpation du larynx*; in *Progrès médical*, 1886, nos 13 et 15.
(19) Billroth. — *Arch. fur kl. Chir.*, t. XXXI, p. 862.
(20) Rokitansky. — *Path. Anat.*, t. III, p. 25.
(21) Schrötter. — *Lar. Mittheil.*, Wien 1875, p. 65 et 70.
(22) Morell-Mackenzie. — *Essay on Growths in the Larynx*. London, 1876.
(23) Descouts. — *Du cancer primit. du larynx*. Paris, 1876.
(24) Marelle. — *Du cancer laryngé*. Paris, 1878.
(25) Ziemssen. — *Op. cit.*, 1879, p. 370
(26) Störk. — *Klin. der Krankh. der Kehlk.*, 1880, p. 419.
(27) Eppinger. — In *Klebs. Handbuch der path. Anat.*, 1880, t. II, p. 209.
(28) Butlin.—*Malignant Diseases of the Larynx*. London, 1883.
(29) Cornil et Ranvier. — *Manuel d'histol. path.* Paris, 1882, 2e éd., t. II, f. 1, p. 62.
(30) E. Ziegler. — *Lehr. der allg. u. sp. path. Anat.* Iéna, 2 Auf., 1885, t. II, p. 398.
(31) Solis-Cohen. — *Encyclopédie int. de Chirurgie*; Paris, 1886, t. VI, p. 112.
(32) Schwartz. — *Des tumeurs du larynx*. Paris, 1886.

doit de connaître les différentes variétés de néoplasmes développés dans le larynx.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Si l'anatomie pathologique du cancer laryngé a été longtemps délaissée, depuis quelques années pourtant, on s'en est beaucoup occupé, car avant de tenter une opération, les chirurgiens ont voulu connaître la nature des tumeurs, ou s'assurer de leur diagnostic après l'extirpation de ces néoplasmes.

Le cancer ne paraît pas être très fréquent dans cette région. Si l'on s'en rapporte aux statistiques, on verra que Krishaber en a rapporté 50 cas, que Morell-Mackenzie en a observé 53 et Ziemssen 70, que Fauvel n'a pu recueillir que 40 cas de cancer sur 12,360 malades, et que Semon n'en a trouvé que 8 cas sur les malades qui se sont présentés à sa clinique en 1880. Nous mêmes nous n'en avons vu que 13 cas sur 3,800 qui nous ont consulté.

Au point de vue du siège du néoplasme, on divise les tumeurs en intrinsèques ou extrinsèques, suivant qu'elles occupent la cavité laryngée ou qu'elles se sont développées aux dépens des parties supérieures du larynx. Le *cancer intrinsèque* siège habituellement dans la partie sus-glottique, c'est-à-dire au niveau des bandes ventriculaires ou des cordes vocales, ou dans les ventricules de Morgagni. Il est rare de le voir se développer au-dessous des cordes vocales. On ne connaît en effet que quelques observations de tumeurs ayant pris naissance en cette partie, elles sont dues à Desormeaux (1), à Isambert (2), à Krishaber (3), à Norton (4), à Bryson Delavan (5), et à Butlin (6). Nous pouvons y ajouter un cas, celui d'un malade que nous avons adressé à M. Richet pour lui pratiquer la trachéotomie. La tumeur occupait exclusivement la partie sous-glottique, les cordes vocales ne présentaient qu'une très légère rougeur inflammatoire. Le *cancer extrinsèque* se rencontre surtout à l'épiglotte, plus rarement au niveau des ayténoïdes, de la commissure postérieure et des replis ary-épiglottiques.

Il n'est pas toujours facile de préciser l'endroit où a débuté le néoplasme. Sur 167 observations où j'ai pu noter le siège initial, j'ai trouvé que 117 fois la tumeur était située dans l'intérieur de l'organe, et que 50 fois elle était extrinsèque. Au reste c'est l'opinion générale des auteurs que le cancer intrinsèque est beaucoup plus fréquent que l'extrinsèque.

Habituellement le néoplasme n'occupe qu'un seul côté de l'organe. Turck a avancé que le cancer unilatéral était trois fois plus commun que le bilatéral. Il paraîtrait que le côté gauche serait plus souvent affecté que le côté droit. Dans 40 cas, M. Fauvel a constaté que le cancer occupait 26 fois le côté gauche, 7 fois le côté droit, 3 fois le larynx en entier, 3 fois également la muqueuse interaryténoïdienne. Krishaber pense que les faits observés par M. Fauvel indiquent à cet égard une fréquence qui lui a paru moins accentué. Dans mes observations, j'ai constaté que la tumeur siégeait deux fois à droite, trois à gauche, tandis que dans huit cas, les deux côtés étaient envahis; il est vrai de dire que quelques-uns de nos malades souffraient du larynx, depuis assez longtemps déjà, en d'autres termes, la maladie était trop avancée pour permettre de reconnaître le siège primitif du mal.

(1) Désormeaux. — In *Thèse de Blanc*, p. 46.
(2) Isambert. — *Op. cit.*, p. 257.
(3) Krishaber. — *Op. cit*, p. 21.
(4) Norton. — *Path. Trans.*, 1872, t. XXIII, p. 43.
(5) Bryson Delavan. — *Primary Epith. of larynx below vocal cordes; unique case; paralysis of lar. abducts; death New-Y. med. Rec.*, 1881, t. XXI, p. 625.
(6) Butlin. — *Op. cit.*, p. 36.

Les trois formes de tumeurs que nous avons réunies sous le nom de cancers comprennent les sarcomes, les épithéliomes et les carcinomes. On réserve plus spécialement le nom de cancers à ces deux dernières espèces.

SARCOME. — De toutes ces tumeurs, c'est certainement le sarcome que l'on rencontre le moins fréquemment. En effet, Morell-Mackenzie n'en a vu que 5 cas et Butlin n'a pu en recueillir que 23. Sur 16 malades auxquels Hahn a pratiqué l'extirpation du larynx, un seul était atteint de sarcome. Dans le relevé des cas d'ablation du larynx nous n'avons trouvé que 12 malades ayant des sarcomes.

Le sarcome débute habituellement par les cordes vocales, puis par les bandes ventriculaires, ensuite par l'épiglotte, la commissure postérieure et les replis ary-épiglottiques. Butlin a pu constater que 17 fois la tumeur avait eu son siège initial dans l'intérieur du larynx et trois fois au niveau des limites supérieures de cet organe; dans les trois autres cas, il n'a pu reconnaître l'endroit primitivement affecté. Raymond et Longuet (1) ont observé un cas de sarcome implanté sur la corde vocale droite, Burow (2), en a vu un sur l'épiglotte, et Coupard en a noté un sur la région crico-aryténoïdienne. En faisant le relevé des observations de sarcomes, j'ai pu ajouter au tableau de Butlin sept nouveaux faits de tumeurs intrinsèques dont un personnel; dans ce dernier cas, le néoplasme occupait la corde vocale gauche.

A l'autopsie, on trouve une tumeur plus ou moins volumineuse, ordinairement sensible, rarement ulcérée. C'est le sarcome fasciculé que l'on rencontre le plus habituellement; quelquefois le tissu fibreux est tellement abondant qu'on pourrait prendre la tumeur pour un fibrome, si l'on ne faisait pas un examen histologique minutieux.

La variété globo-cellulaire se présente moins fréquemment; elle envahit rapidement les tissus (Hahn). Dans certains cas, le sarcome est mixte, c'est-à-dire qu'il est formé de cellules embryonnaires et de cellules fusiformes (Boltini, Foulis). Czerny et Hahn ont observé un lympho-sarcome, David Newmann et Mac Lleod un sarcome alvéolaire, et enfin E. Caroll-Morgan un myxosarcome.

CANCER. — Le cancer est bien autrement commun que le sarcome puisqu'à lui seul, il comprend à peu près toutes les observations connues de tumeurs malignes. Le cancer est plus souvent intrinsèque qu'extrinsèque. En effet, d'après nos relevés, sur 167 cas, nous avons pu noter le siège de la manière suivante :

Cancer intrinsèque, 117 cas.	
Bandes ventriculaires.	62
Cordes vocales.	29
Commissure antérieure.	8
Région sous-glottique.	8
Commissure postérieure.	6
Ventricules de Morgagni.	4
Cancer extrinsèque, 50 cas.	
Epiglotte.	32
Région aryténoïdienne	9
Replis aryténo-épiglottiques.	8
Sinus pyriformis.	1

(1) Raymond et Longuet. — *Sarcome d'une des cordes voc. Mort rapide avec des phénom. de congest. cérébrale. Bull. de la Soc. anat.*, 1874, p. 73.
(2) Burow. — *Sarcom der Epiglottis; Pharyngotomie subhyoidea; Heilung. Berl. kl. Woch.*, 1877, n° 8, p. 101.
(3) Coupard. — *Revue mensuelle de Laryngologie*, 1882, n° 2.

Nous pouvons ajouter à ce tableau 18 cas où le larynx était pris d'un seul côté et 32 où il était entièrement envahi. Malgré tout dans plus de 250 observations, nous n'avons pu déterminer le siège de la tumeur.

A l'autopsie, le néoplasme se présente sous l'aspect d'une tumeur circonscrite, de grosseur variable, ayant la forme d'un papillome plus ou moins pédiculé ou d'une infiltration diffuse de la paroi laryngée. La muqueuse est rouge, ramollie, fongueuse, infiltrée, ulcérée et recouverte de pus sanieux ou sanguinolent. Le tissu sous-muqueux est également infiltré, épaissi et enflammé. Suivant le siège et le volume du néoplasme, la lumière du conduit aérien est plus ou moins obstruée. En effet siège-t-il dans les parties extrinsèques, il recouvre l'orifice supérieur du larynx; au contraire, est-il intrinsèque, il détermine un rétrécissement de la glotte qui est alors plus ou moins déviée, et irrégulière suivant l'étendue de la tumeur. Au reste, ces lésions varient avec l'ancienneté et la rapidité de développement du néoplasme. Les muscles peuvent être envahis par l'infiltration cancéreuse ; les cartilages sont aussi altérés : ils s'ossifient et se calcifient. D'autres fois, ils s'épaississent, augmentent de volume en largeur et font saillie en avant pour prendre l'aspect désigné par Isambert sous le nom de *carapace de homard.* S'ils sont envahis par la tumeur, ils se transforment en tissu cancéreux, soit directement, soit par changements successifs comme l'a reconnu M. Hénocque. Dans un cas, le thyroïde a ainsi été complètement divisé en deux moitiés (Blanc) et dans un autre il a été séparé en plusieurs fragments (Trousseau). Bientôt il ne reste plus qu'une couche peu épaisse de cartilage pour séparer la tumeur de la peau; cette couche cartilagineuse ne tarde même pas à disparaître et alors le cancer gagne l'œsophage, le pharynx, les muscles du cou, le corps thyroïde, l'artère laryngée supérieure, la carotide primitive, les vertèbres cervicales, les recurrents, (Thiersch), le pneunogastrique et le grand sympathique; il peut encore s'ouvrir au dehors.

Au point de vue histologique, ce sont les épithéliomes perlés et lobulés qu'on rencontre le plus fréquemment. Toutefois c'est l'épithéliome lobulé qui est de beaucoup le plus commun (Cornil). On ne connait que trois cas d'épithéliome cylindrique. Si le carcinome ne se développe pas aussi souvent dans le larynx cela tient à la présence de l'épithéliome pavimenteux sur la face supérieure des cordes vocales, sur une partie de la face postérieure de l'épiglotte, et dans l'espace interayténoïdien (Rheiner), sièges ordinaires des tumeurs.

Il est relativement rare d'observer la généralisation du cancer du larynx, cela est dû à la façon incomplète dont sont souvent pratiquées les autopsies ? En tous cas, on n'en connait que quelques exemples. C'est ainsi que Sands a vu le néoplasme du larynx être suivi d'un cancer des capsules surrénales, des reins et des uretères, que Desnos a constaté un cancer du foie consécutivement à une tumeur analogue des replis aryteno-épiglottiques, qu'Isambert a noté la présence d'un cancroïde sur le prépuce d'un patient atteint de cancer épithélial du larynx, que Schiffers a cité un cas d'épithéliome du sinus pyriforme précédant un néoplasme de même nature siégeant dans les poumons, que Thiersch a noté un envahissement des mêmes organes à la suite d'un carcinome du pharynx et du larynx, que Poncet (de Lyon) a trouvé des tumeurs cancéreuses du frontal et du pariétal gauche chez un malade ayant déjà un épithélioma du repli aryténo-épiglottique droit, que Méricamp a cité le cas d'un patient de M. Terrier ayant un cancer du repli aryténo-épiglottique gauche et du cartilage cricoïde en même temps qu'un cancer du foie, et qu'enfin Latil a publié dans le *Progrès Médical* de 1878, l'observation d'un malade de M. Rendu chez lequel un cancer du foie et du grand épiploon s'était formé consécutivement à une tumeur analogue occupant les bandes ventriculaires, l'épiglotte et les replis aryépiglottiques.

(1) Cornil. — *Société anat.*, 1887, 3 juin.

Quelle variété de cancer rencontre-t-on le plus fréquemment ? Si l'on s'en rapporte au traité de MM. Cornil et Ranvier, on sera surpris d'apprendre que le nombre des tumeurs étudiées n'est pas encore suffisant pour qu'on puisse dire exactement quelle est dans le larynx la fréquence relative des épithéliomes et des carcinomes. Cependant nous avons vu que récemment M. Cornil avait fait connaitre son opinion à ce sujet. Actuellement il admet que les épithéliomes sont beaucoup plus communs; c'est du reste l'avis de la plupart des laryngologistes.

En effet, nous avons pu relever que sur 53 cancers observés par Morell-Mackenzie, ce praticien avait constaté 45 épithéliomes dont le diagnostic put être vérifié 27 fois à l'autopsie. Sur 50 cancers, Butlin a vu 38 épithéliomes ; sur 68 cas, Ziemssen en a compté 57; sur 20, Schrötter en a noté 17; sur 80 Schwartz en a relevé 54; le *Medical Record* (novembre 1887) donne 149 épithéliomes sur 167 cancers. Seul M. Fauvel, est en opposition avec ses confrères, puisqu'il n'a observé que 16 épithéliomes sur 37 cancers. En compulsant 350 observations nous n'avons pu relever que 239 cas où le diagnostic de la tumeur était nettement établi. Sur ces 239 cancers, 185 sont de nature épithéliomateuse, ce qui confirme l'opinion d'Isambert sur la fréquence de cette forme de cancer. Dans presque toutes ces observations, l'épithélioma appartient à la variété lobulée; les 3 cas d'épithéliome cylindrique sont dus à Kosinsky et à Maydl qui ont enlevé le larynx de leurs malades et à MM. Lépine et Malassez qui ont reconnu que le néoplasme laryngé s'était développé chez un tuberculeux.

C'est dans l'intérieur du larynx principalement que prend naissance l'épithéliome. On l'observe surtout sur les bandes ventriculaires, puis sur les cordes vocales qu'il peut envahir symétriquement. Il est beaucoup plus rare de le voir naître aux dépens de l'épiglotte ou les parties supérieures de l'organe vocal (Lublinski, Krishaber).

Le carcinome parait être moins fréquent que l'épithéliome. Les auteurs allemands désignent sous le nom de carcinome tant les carcinomes proprement dits que les carcinomes épithéliaux, ce qui rend difficile la recherche dans leurs observations des différentes variétés du cancer. Nous pouvons toutefois donner les chiffres suivants : 8 carcinomes (dont 3 c. encéphaloïdes et 2 c. squirrheux) sur 53 cancers (Morell-Mackenzie) ; 3 carcinomes sur 20 cancers (Schrötter) et 9 carcinomes sur 68 (Ziemssen). Contrairement à l'opinion de la majorité, M. Faurel cite 19 cas de carcinome sur 37 cancers. D'après mes relevés, j'ai trouvé 161 faits de carcinome sur lesquels 54 fois l'examen histologique avait été pratiqué.

La plupart du temps, le carcinome prend naissance à

la partie supérieure du larynx, comme l'ont indiqué Krishaber et Lublinski. En général, c'est la variété encéphaloïde que l'on observe; cependant, Mackenzie a constaté que dans deux cas la tumeur était de nature fibreuse ou squirrheuse.

Etiologie. — Les causes du cancer du larynx ne sont pas mieux connues que celles des tumeurs semblables des autres régions. On a cependant invoqué tour à tour les irritations et les fatigues de l'organe vocal (tabac, alcool, abus de la parole, etc.) l'arthritisme, etc. Isambert a signalé un cas de cancer à marche rapidement suffocante chez un homme ayant depuis sa jeunesse un psoriasis de la peau très étendu. Mais toutes ces causes ne paraissent avoir que peu de valeur. Peut-être dans un avenir peu éloigné arrivera-t-on à trouver l'étiologie de ce néoplasme dont on a cru récemment découvrir le bacille.

Quant à présent, on doit se contenter de noter que dans certains cas le cancer du larynx peut-être transmis héréditairement. C'est ainsi que quelques auteurs ont pu relever dans les antécédents de leurs malades des cancers de différents organes : Chez l'un, le père était atteint d'un cancer du pylore et la sœur d'un cancer de l'utérus (Bailly et Isambert); chez un autre, la mère avait un cancer utérin (Lafont et Isambert); chez un troisième, la sœur portait un cancer au sein (Krishaber); et chez un quatrième, le père présentait un cancer du testicule (Krishaber). Dans trois cas, Lublinski a noté un cancer de l'estomac chez le père d'un de ses malades, une tumeur analogue de l'utérus chez la mère du deuxième et un cancer du larynx chez le père du troisième. Dans les antécédents héréditaires d'un de nos malades, nous avons relevé un cancer de l'estomac chez son père ; chez la mère d'un deuxième le Dr Liégeois a constaté l'existence d'un cancer de l'utérus; enfin nous avons eu aussi l'occasion d'observer deux frères dont l'aîné était atteint de cancer de la base de la langue et de l'épiglotte, et le jeune d'un cancer ulcéré de toute la partie supérieure du larynx pour lequel nous dûmes pratiquer la trachéotomie. L'affection de l'aîné ne survint que quelques mois après celle du second. J'ai su depuis qu'ils faisaient usage d'un même pinceau pour se toucher la gorge; je n'aurais même pas signalé ce fait si je n'avais lu il y a quelque temps une série de cas de contagion supposée du cancer que le Dr Richard Budd a publié dans *the Lancet*.

Quant au développement d'un cancer laryngé secondairement à un cancer d'un autre organe, on ne connaît que deux cas dûs à Isambert et à M. Cadier. Le premier auteur a cité l'observation d'un homme de 50 à 60 ans qui avait en même temps qu'un cancer épithélial du larynx un cancroïde du prépuce, et le second a vu une tumeur de la région aryténoïdienne et de la bande ventriculaire droite chez une femme ayant été opérée trois ans auparavant d'un cancer du sein (cas rapporté par M. Schwartz).

On ne peut plus nier aujourd'hui la coexistence de la tuberculose et du cancer laryngé. Trousseau et Belloc en ont signalé deux exemples dans leur traité de la phthisie laryngée; Turck en a rapporté un cas chez un malade ayant des tubercules au sommet du poumon; Krishaber a cité le cas d'un patient de M. Richelot père qui fut trachéotomisé pour remédier à l'asphyxie causée par un cancer de la corde vocale gauche et qui mourut de tuberculose pulmonaire peu de temps après avoir été opéré. Bryson Delavan a aussi signalé l'existence d'un cancer de la corde vocale gauche chez un tuberculeux dont il pratiqua l'autopsie. M. Lépine a observé un épithéliome à cellules cylindriques tubulé et lobulé des cordes vocales, des bandes ventriculaires et de la région sous-glottique du larynx chez un homme de 44 ans qui présentait en même temps des lésions tuberculeuses pulmonaires anciennes et récentes; M. Polaillon a également eu l'occasion de constater un fait semblable. M. Ruault a rapporté une observation de cancer de toute la partie droite du larynx chez un malade qui mourut de tuberculose pulmonaire dans le service de M. Trélat. Enfin nous-mêmes nous avons recueilli, il y a deux ans, à une autopsie pratiquée par M. Cornil sur un homme mort de tuberculose des poumons dans une des salles de M. Germain Sée, une tumeur siégeant sur une des cordes vocales et sur la bande ventriculaire correspondante que l'examen histologique nous fit reconnaître comme un épithélioma lobulé. Si, dans un certain nombre de cas, la tuberculose n'est survenue que dans la période terminale du néoplasme, dans quelques-uns, cependant, la tuberculose a précédé le développement de la tumeur.

Le sarcome semble se développer surtout vers l'âge de 30 à 60 ans. En effet, sur 47 cas, nous trouvons que ce néoplasme est apparu :

1 fois	chez des malades âgés de	1 à 10 ans.
1 —	—	10 à 20 —
5 —	—	20 à 30 —
10 —	—	30 à 40 —
13 —	—	40 à 50 —
13 —	—	50 à 60 —
3 —	—	60 à 70 —
1 —	—	70 à 80 —

C'est donc de 40 à 60 ans que l'on rencontre plus de la moitié des cas. Dans 251 observations de cancers où l'âge était indiqué, j'ai noté que la tumeur s'était développée :

1 fois	de 1 à 10	ans.
0 —	10 à 20	—
5 —	20 à 30	—
24 —	30 à 40	—
69 —	40 à 50	—
96 —	50 à 60	—
43 —	60 à 70	—
11 —	70 à 80	—
2 —	80 à 90	—

C'est aussi de 40 à 60 ans que le cancer est le plus fréquent, puisque plus des 2/3 des cas ont été constatés dans cette période. Toutefois, Ariza dit que le cancer est plus commun entre 40 et 50 ans.

Le sujet le plus jeune chez lequel on ait observé un cancer laryngé semble être un enfant de 3 ans qui était déjà atteint de cette maladie depuis 2 ans. Etant mort de suffocation malgré la trachéotomie, Rehn (1) trouva à l'autopsie un epithélioma lobulé des bandes ventriculaires et du cartilage thyroïde ; de plus, il existait un ganglion cancéreux sous le sterno-mastoïdien. Nous passons sous silence le cas cité par Dufour (2) sous le titre de cancer épithélial du larynx chez un enfant d'un an, car l'examen histologique ne nous paraît pas concluant. Le cas le plus âgé est celui du malade de Preisendorffer (3) qui put constater à l'autopsie d'un vieillard de 82 ans un cancer de tout le larynx avec ulcération de l'epiglotte et du ligament ayténo-epiglottique

(1) Bryson Delavan. — *A case of primary épithélioma of the larynx, tracheotomy; death ten months later, autopsy; remarks*, *Med. Rec.*, 1885, 2 mai.

(1) Rehn. — *Virchow's Arch.*, t. XLIII, p. 129, 1868.
(2) Dufour. — *Soc. anatomique*, 1865.
(3) Preisendorffer. — *Berl. kl. Woch.*, 1878, p. 144.

droit. Un ganglion cancéreux s'était aussi développé sur le sterno-mastoïdien. En résumé, si le sarcome semble atteindre les sujets jeunes, au contraire le cancer ne paraît guère se développer avant l'âge de 40 ans.

Sexe. — Le sexe masculin est beaucoup plus fréquemment sujet au cancer que le sexe féminin, puisque nous ne trouvons que 6 femmes pour 40 hommes ayant des sarcomes et 36 femmes pour 265 hommes présentant des cancers du larynx. (*A suivre.*)

THÉRAPEUTIQUE

Du traitement des hémoptysies par l'iodoforme ;

Par G. CHAUVIN et G. JORISSENNE (de Liège).

La variété des moyens opposés, depuis quelques années, aux hémoptysies de cause tuberculeuse ne doit pas détourner les médecins de la recherche constante du remède le plus sûr et le plus expéditif. Plusieurs des médications actuellement en vogue réussissent lentement, fatiguent l'estomac, restent inapplicables en certaines circonstances et échouent très souvent entre les mains les plus habiles. Nous avons employé l'iodoforme depuis quelque temps et nos succès sont si constants et si rapides que nous nous faisons un devoir de communiquer nos observations au public médical.

Il y a une dizaine de mois que l'un de nous a abandonné définitivement l'usage des anciens moyens pour recourir exclusivement à l'iodoforme. Ayant remarqué qu'associé à divers médicaments, notamment au tannin, à l'ergotine et à l'opium, qui avaient tous échoué antérieurement, l'iodoforme produisait un résultat immédiat, il s'empressa de le prescrire isolément. Le succès se maintint.

Dès ce premier cas, qui servit de point de départ aux expérimentations ultérieures, il fut constaté que la cessation de l'hémoptysie n'était pas seulement momentanée, comme il arrive souvent après l'emploi de l'ergotine, mais restait définitive. Les premiers cas furent traités par l'iodoforme associé au tannin, les cas suivants par l'iodoforme seul, sans varier la dose de celui-ci. Jusqu'aujourd'hui nous nous en sommes tenus à la forme pilulaire, mais nous comptons essayer les injections sous-cutanées (1).

Observation I. — La malade qui fut l'objet de notre première observation était une dame d'une cinquantaine d'années, atteinte de tuberculose pulmonaire à la première période, toussant modérément et crachant du sang depuis plusieurs semaines. Le traitement ordinaire ne parvenait qu'à interrompre momentanément cet accident, qui jusqu'alors n'avait pas compromis sérieusement sa santé. Cette dame n'était pas hystérique. Le 7 juin 1887, elle prit donc des pilules contenant de l'iodoforme, de l'ergotine, du sulfate de quinine ââ 5 centigr., du tannin, 10 centigr., de l'extrait d'opium et de belladone ââ 2 centigr. Dès la deuxième pilule, les crachats sanglants avaient disparu, et ils ne reparurent plus.

Observation II. — M. Ber., jeune homme de 25 ans, issu de parents tuberculeux, présentant lui-même des tubercules pulmonaires dont la marche a toujours été enrayée par un traitement approprié, crache du sang le 14 juin 1887, dans l'après-midi, sans avoir eu le moindre accès de toux antérieur. Le soir même, il prend 2 pilules d'iodoforme (5 centigr.) et de tannin (10 centigr.) ; le lendemain déjà il ne crachait plus de sang. Il continua deux jours seulement 2 de ces pilules et depuis lors, il n'a plus eu d'hémoptysie. Tout l'hiver s'est bien passé, à part quelques bronchites sans importance. Actuellement l'embonpoint est excellent et la santé générale très satisfaisante.

Observation III. — Nous n'avons que quelques renseignements sur notre troisième cas. Il s'agit d'une indigente, la femme Ot., atteinte également de tuberculose au début et crachant modérément du sang. Tempérament lymphatique, alimentation insuffisante. Le 22 juin 1887, il lui fut prescrit les mêmes pilules d'iodoforme et de tannin ; elle en prit 5 par jour. Elle fut aussi très rapidement guérie.

Observation IV. — Le 28 juin 1887, E. D., devenu tuberculeux par épuisement, peut-être à la suite d'un long rhumatisme, fut traité pour ses crachements de sang par ces mêmes pilules. La mère du malade a affirmé que l'hémorrhagie s'est arrêtée après l'ingestion de quelques pilules seulement.

Observation V. — Le 9 juillet 1887, le même traitement fut administré à une jeune fille de 15 ans, Lam..., chez laquelle venait de se déclarer une hémoptysie. Elle habite le rez de-chaussée d'une maison obcure, humide, non aérée et située dans une impasse étroite. Elle était également à la période initiale de la tuberculose. L'hémoptysie s'interrompit dès la 3e pilule, et la mère, interrogée le 25 février 1888, déclara que sa fille allait fort bien et n'avait plus craché de sang depuis juillet.

Observation VI. — Jean Henr..., mineur, vint à la consultation le dimanche matin, 6 novembre 1887 ; sa pâleur était excessive. La veille, dans la soirée, une abondante hémoptysie s'était produite ; il continuait du reste à cracher du sang pur en quantité. Une tuberculose assez avancée avait envahi les deux sommets pulmonaires.

Le traitement consista en pilules d'iodoforme et de tannin (5 par jour) et en application de ventouses sèches. Le lundi, l'hémoptysie diminuait ; le mardi, elle avait disparu. Les jours suivants, il ne prit que 3 pilules par jour. Dès le mercredi, il se sentit en si bon état que, malgré tout conseil, il redescendit dans la mine. Jusqu'au 25 février 1888, il n'eut plus de sang dans ses crachats ; mais à cette date, il en expectora un peu seulement. Il ne reçut cette fois que des pilules à l'iodoforme seul. Dès la seconde pilule, il cessa totalement de cracher du sang. Ce malade resta donc trois mois et demi dans un état relativement satisfaisant, tandis que tout l'été il n'avait cessé de voir des stries sanglantes, même souvent du sang pur, dans ses crachats.

L'iodoforme dès lors avait fait ses preuves ; c'était bien l'agent actif et il réussissait aussi bien dans des cas d'hémoptysie abondante que contre de légères hémorrhagies. La dose nécessaire était minime, l'effet, pour ainsi dire, immédiat. Il y avait lieu de rechercher la quantité minima qu'exigeait l'arrêt de l'hémorrhagie. Si dans les premiers essais nous avions prescrit 5 pilules par jour, c'était plutôt par inquiétude sur l'efficacité de notre médication, mais il parut clair que 3 pilules suffisaient souvent et nous nous en tînmes généralement là depuis lors.

Observation VII. — Le 4 et le 5 janvier 1888, Rik., menuisier, âgé de 61 ans, alcoolisé, emphysémateux, souffrant d'une dilatation du cœur et de tuberculose est pris d'hémoptysies considérables. Le 6, après des applications de ventouses sèches, il prend 3 pilules d'iodoforme et de tannin. Dès la deuxième pilule, le sang diminue dans les crachats. La nuit suivante est bonne ; la quantité de sang va en s'amoindrissant et cinq jours après il n'y en a plus de trace. Le 22, il meurt, sans que l'hémoptysie se soit reproduite.

Observation VIII. — M. L., 32 ans, employé, d'un tempérament lymphatique, né d'un père phthisique, a souffert de congestion des voies respiratoires depuis une dizaine d'années Ses occupations l'exposent d'ailleurs à de fréquents refroidissements. A la suite d'un furoncle anal il avait conservé des fistules tortueuses. En 1886, elles furent opérées en deux

(1) Au dernier moment, nous trouvons dans l'Index-Catalogue l'indication d'un mémoire paru en 1884 dans l'*União med.* de Rio de Janeiro (iv, 163-176) et signé De Cunto : *O iodoformio na tisica pulmonar, na emoptise e na coqueluche.* Malheureusement nous ne sommes pas parvenus à nous le procurer et nous en avons vainement cherché une analyse (C. et J.). — Nous publierons dans un prochain numéro l'analyse de ce mémoire difficile à trouver. (*N. de la R.*)

fois (1). Les suites furent tout à fait favorables : tandis que chaque année il comptait 8 à 10 hémoptysies, à partir du moment où il fut opéré, il n'en revit plus que 2. Sa santé devint également meilleure. Ses catarrhes bronchiques n'avaient jamais duré longtemps : 8 à 12 jours suffisaient pour ramener la guérison. Ses hémoptysies étaient toujours abondantes ; quelques-unes même mirent ses jours en danger. Il avait toujours été soulagé par l'ergotine et la morphine ; mais encore devait-il absorber 6-12 grammes d'ergotine, pris naturellement en quelques jours. Le 16 janvier dernier, au lieu d'ergotine, il prend 3 pilules d'iodoforme et de tannin et l'hémorrhagie se tarit en un jour sans donner lieu à l'expulsion de caillots ultérieurement. Le malade n'eut même pas besoin de congé.

Observation IX. — M. V., âgé de 35 ans, tempérament lymphatico-sanguin, gras, buveur de bière allemande, souffrit en 1885, d'une laryngite chronique qui devint tuberculeuse et qui fut traitée avec succès par les insufflations d'iodoforme ; mais une tuberculose pulmonaire se déclara et provoqua de nombreuses et abondantes hémoptysies. Elles se répétèrent à différentes époques, durant tout le cours de cette année là. Depuis, la maladie prit une marche favorable : les poumons se dégagèrent, la santé générale devint bonne et les apparences tout à fait florissantes. M. V. se ménagea et devint sobre. Il continua à tousser un peu et cracha modérément. Il résista aux rhumes qui entravèrent de temps en temps l'évolution régressive de sa maladie. Le 2 février 1888, il a toussé beaucoup à la suite d'un refroidissement, et expectoré le matin, au lever, du sang spumeux et quelques flots de sang non aéré ; des râles, à la région moyenne du poumon droit, indiquaient le point originaire de cette hémoptysie. Prescription : 3 pilules d'iodoforme et de tannin. Dès le soir, l'accident est conjuré. Il prend 3 pilules encore le lendemain, puis le traitement est interrompu. Les râles diminuent, tout rentre dans l'état habituel. Quinze jours après, un accès de toux violente provoque l'expulsion de crachats sanguinolents. Deux pilules suffisent pour couper court à cet accident. Le malade qui, jadis, avait absorbé de grandes quantités d'ergotine pour mettre fin à ses hémoptysies, est enchanté du traitement actuel. Au commencement du mois de mars, il prend froid en sortant d'un atelier extrêmement chauffé et il a un frisson. Il s'ensuit une congestion intense de tout le poumon droit ; 60 ventouses, l'antipyrine (il y avait fièvre) et quelques autres moyens en viennent à bout en quelques jours. *Il ne se produit pas d'hémoptysie.*

Observation X.

L'un de nous l'a recueillie dans les termes suivants :

Mme Don., 37 ans, vient de perdre son mari de phthisie pulmonaire, et tousse depuis plusieurs mois. Le 10 février dernier, elle me fait appeler pour une abondante hémoptysie. Je la trouve au lit, toussant par accès et crachant du sang à chaque reprise. Il y a une mare de sang à côté du lit ; elle est demi spumeuse, rouge vif et commence à se cailler. Un examen rapide de la poitrine révèle des lésions étendues aux sommets des poumons. Un léger souffle caverneux s'entend à gauche ; les râles, les craquements sont nombreux et bruyants. Je prescris les pilules d'iodoforme, et un grand sinapisme sur le dos N'étant pas le médecin de cette dame, je ne l'ai pas revue, mais j'ai appris que l'hémoptysie avait diminué le lendemain et avait cessé le surlendemain, après 6 pilules seulement. Les règles, disparues depuis longtemps, reparurent trois jours après l'hémoptysie.

Observation XI. — Lundi 13 février 1888, la femme Mar., atteinte de tuberculose pulmonaire au second degré et présentant un teint cachectique, vient prendre un avis pour ses crachements de sang mêlé de pus. Pilules d'iodoforme et de tannin, 3 par jour. Elle revient le 16, et déclare que, dès la 2e pilule, il y a eu un grand changement : le mardi 14, elle n'avait plus craché de sang, et les crachats étaient devenus moins épais, plus légers, plus blancs. Le 7 mars, elle vient remercier ; le teint est meilleur ; les crachats sont blancs, parfois un peu jaunâtres, mais dépourvus de sang. Elle se sent plus forte, pense qu'elle ne maigrit plus et continue ses pilules. Le 14, l'amélioration persiste.

Observation XII. — Le mercredi 15 février 1888, la femme Bet., âgée de 62 ans, a, dès le matin, une hémoptysie abondante. A 2 heures de l'après-midi, le sang remplissait le quart d'un vase de nuit.

Cinq ans après la ménopause, elle eut une première hémorrhagie, et depuis lors, c'est-à-dire depuis 6 ans, elle a été, tous les hivers, atteinte d'hémoptysies durant 4 semaines, même davantage, avec des rechutes fréquentes. Le frère a craché du sang et est mort. La sœur en crache aussi, depuis 10 ans, paraît-il. Notre traitement consiste en ventouses sèches et en pilules d'iodoforme seul, 5 par jour. Les crachats sanguins diminuent et deviennent plus jaunâtres ; mais, le lendemain soir, sous l'influence d'un refroidissement, elle crache davantage. Puis le sang dans les crachats diminue de nouveau et se mêle à du pus. Le dimanche soir, l'expectoration se supprime complètement sans rejet de caillots. Le samedi 25, l'amélioration persiste. Le 6 mars, la faiblesse est moins marquée, les crachats toujours nuls. Le 12, l'état local et l'état général sont excellents ; l'expectoration reste absolument nulle. Donc son hémoptysie n'a duré cette fois-ci que 4 à 5 jours et non 4 semaines, comme autrefois, alors qu'elle n'était soumise qu'à l'ergotine.

Observation XIII. — La femme Gul., chétive, tuberculeuse à la première période, crache du sang mêlé de pus. Elle avait déjà craché du sang antérieurement. Ele reçoit, le 16 février, des pilules d'iodoforme seul, 3 par jour. Elle revient seulement le 29, et déclare que le soir du 2e jour de traitement, elle a cessé d'expectorer du sang. Dans ses hémorrhagies antérieures qui, non traitées, duraient de 8 à 15 jours, elle expulsait au début comme à la fin un caillot. A cette dernière hémoptysie, il y eut bien un caillot au début, mais il ne s'en forma point après l'administration de l'iodoforme.

Observation XIV. — J..., servante, âgée de 21 ans, petite, maigre, rouge aux pommettes, tousse depuis quatre mois, digère mal, est réglée trop fréquemment, transpire la nuit et se sent faible. Elle crache peu relativement, mais son expectoration est muco-purulente. Le 18 février 1888, elle a une hémoptysie modérée ; le 19, celle-ci se renouvelle au matin. Ceci détermine la malade à prendre l'avis d'un médecin. A l'examen, on constate qu'elle est atteinte de gastrite chronique et d'une infiltration tuberculeuse de tout le poumon droit. Les râles humides et les souffles bronchiques remplissent toute l'étendue de la poitrine de ce côté. Prescription : 6 pilules d'iodoforme et de tannin à prendre en deux jours. Régime approprié. Le 20, l'hémoptysie s'arrête à la quatrième pilule. Le 7 mars, il n'y a pas encore eu de rechute.

D'autres cas encore ont été traités suivant la même méthode ; seulement les renseignements nous manquent, ces malades n'étant plus revenus. Nous avons tout lieu de croire que les résultats ont été aussi concluants, attendu que ces quelques cas étaient des hémoptysies légères, sans aucune gravité, survenues chez des gens jeunes et assez robustes.

Si les travaux de Bruns (1) semblent démontrer l'efficacité du traitement local des lésions tuberculeuses par l'iodoforme, les expériences de MM. Filleau et L. Petit sur le lapin portent au contraire à admettre définitivement que le bacille n'est pas détruit par cet agent. Il est un fait remarquable, c'est l'absence de caillot sanguin final après le traitement à l'iodoforme, caillot qui se rencontre à la fin des hémorrhagies, s'arrêtant spontanément ou sous l'influence de l'ergotine, du perchlorure de fer, etc. Le mécanisme de l'hémostase par l'iodoforme semble donc être différent. Désirant

(1) Les fistules étaient une cause d'infection pour l'organisme et leur suppression a fait disparaître un danger perpétuel sans nuire à l'état des poumons. Au contraire, ceux-ci ont paru moins sensibles à l'action des irritants extérieurs depuis l'opération.

(1) *Archiv. für Klin. Chir.*, tome 36, cité dans les *Archives générales de médecine*, février 1888, p. 238.

publier ce travail le plus tôt possible, nous n'avons pas eu le temps de faire quelques recherches expérimentales sur ce mécanisme, comme nous en avions eu le projet. Nous y reviendrons.

De toutes ces observations on peut tirer, nous semble-t-il, les conclusions suivantes : 1° L'iodoforme constitue un moyen hémostatique excellent, très rapide et certain des crachements de sang ainsi que des hémoptysies graves, comme le prouve chacune de ces observations. 2° Point fort important : les récidives sont très rares, ne surviennent en tous cas que longtemps après et ne sont jamais dans les cas observés jusqu'à ce jour aussi abondantes, loin de là, que les premières hémorrhagies, ainsi que le démontrent notamment les observations II, V, IX, XII et VI. 3° L'iodoforme agit à faible dose, quelques pilules de 5 centigr. suffisent : 2 (dans observation II) 3 (observations V, VIII et IX) 4 (observation XIV). Il est rare de devoir dépasser 8 à 9 pilules.

C'est là un avantage précieux sur d'autres moyens moins rapides, tels que l'ergotine, offrant d'ailleurs souvent de grands inconvénients, comme chez les femmes enceintes, etc.

4° Aucun cas de décès par hémoptysie ou récidive d'hémoptysie n'a été constaté durant cette période de dix mois, bien que l'un de nous soit médecin du bureau de bienfaisance pour un quartier très populeux, fort pauvre et d'une hygiène défectueuse. Les malades se sont tous déclarés enchantés de ce traitement rapide, inoffensif et commode qui leur permettait de vaquer sans danger à leurs occupations immédiatement après. 5° L'iodoforme a réussi dans des cas où l'ergotine, à plus forte dose pourtant, restait en défaut et où les crachats diminuaient sans jamais s'arrêter complètement (observation I). Vu sa petite dose, il ne fatigue point l'estomac comme le fait souvent l'ergotine, efficace seulement à des doses assez considérables, comme on le voit dans l'observation VIII. 6° L'emploi des révulsifs, tels que ventouses, etc., n'a été usité que dans les cas d'hémorrhagies trop graves pour exposer la vie du malade à des expériences sur la valeur d'une méthode nouvelle de traitement. 7° Bien que, dans la plupart de ces traitements, nous ayons associé l'iodoforme au tannin, les observations VI, XII et XIII prouvent manifestement que c'est bien l'iodoforme qui est l'agent actif. D'ailleurs, les doses de tannin étaient trop petites pour pouvoir agir avec cette rapidité.

Les formules que nous avons employées sont les suivantes :

Iodoforme, 5 centigr.
Ext. de gent., de quinquina ou de réglisse q. s.
S. 3 à 5 pilules par jour.

Ou :

Iodoforme, 5 centigr.
Tannin, 10 centigr.
Excipient quelconque, q. s. pour une pilule.
S. 3 à 5 p. j.

Nous nous proposons de revenir, dans un prochain mémoire, sur différents points de ce travail et de préciser les époques de la tuberculose pulmonaire où l'iodoforme agit avec une grande efficacité pour enrayer la maladie durant des mois et permet ainsi à un régime approprié de consolider ces guérisons relatives.

Assistance publique. — *Legs Victor Hugo.* — M. Joffrin, conseiller municipal, a proposé jeudi dernier au Conseil d'autoriser le directeur de l'Assistance publique à accepter un legs de 40,000 francs fait par Victor Hugo au profit des pauvres des 20 arrondissements. Les héritiers ont fait connaître à l'Administration qu'ils ajoutaient 10,000 francs. Le Conseil a adopté.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Le nouveau musée d'Hygiène de la Faculté de médecine.

Au premier étage des nouveaux bâtiments de l'École pratique, dans la partie qui longe la rue Monsieur-le-Prince, derrière le laboratoire de bactériologie, la Faculté de médecine vient d'installer une exposition d'Hygiène qui est destinée à se transformer en un musée permanent. Cette exposition, organisée, sous la direction de M. le Pr Proust, par son habile et aimable préparateur, M. A.-J. Martin, est la première établie d'une façon définitive à Paris, car on ne peut compter comme tels les appareils d'hygiène exposés au Conservatoire des arts et métiers et formant moins un musée véritable qu'un rudiment de galerie ; ni le musée dépendant du laboratoire du Pr Vallin au Val-de-Grâce, lequel n'est et ne peut être public. Paris se trouvait ainsi dans une situation inférieure à celle de l'Allemagne (1) où les instituts d'hygiène, pourvus de laboratoires, existent dans presque tous les centres universitaires importants ; à celle de Londres, où le musée d'Hygiène « Parkes'Museum » existe depuis des années.

Il y a longtemps qu'ici même cette lacune avait été signalée. Déjà, après l'exposition de Genève de 1882, le *Progrès médical* avait émis le vœu que les matériaux d'étude rassemblés là ne fussent pas perdus et devinssent le point de départ d'un musée fournissant les objets indispensables aux démonstrations pratiques. Le cours purement théorique, en hygiène comme dans les autres sciences, doit s'effacer devant la leçon de choses ; et celle-ci n'est possible qu'avec un matériel suffisant. C'est ce matériel qu'on proposa, mais inutilement, de ne pas laisser disperser. En mai 1886, à propos de l'exposition d'Hygiène organisée par les soins de la *Société de médecine publique* à la caserne Lobau, le *Progrès* (2) demanda formellement la transformation de cette exposition en un Musée municipal fixe « installé dans les bâtiments actuellement déserts, désignés sous le nom de Chapelle du nouvel Hôtel-Dieu. » Le Conseil municipal avait voté en 1883 une somme de 16,000 fr. pour l'aménagement de cette chapelle. Les administrateurs de l'Assistance à cette époque (3) firent la sourde oreille, et la transformation ne put se faire (4). Le regretté Dr Robinet proposa alors de se servir de l'ancienne église de St-Julien-le-Pauvre, qui, classée comme monument historique, aurait été ainsi utilisée et serait sortie de l'état de délabrement profond où elle se trouve. Cette proposition n'aboutit pas davantage. Pourtant, un Musée municipal, organisé par la Ville et dépendant d'elle, avec des cours s'adressant aux étudiants, aux architectes, à la masse du public, est une création qui s'impose, qui se fera un jour ou l'autre. Puisque l'administration municipale s'est laissé devancer par la Faculté de médecine, espérons

(1) A. J. Martin. Enseignement de l'hygiène. (*Revue d'hygiène*, Paris, 1884).

(2) Exposition municipale d'hygiène. (*Prog. méd.*, 1886, p. 220, 395, 411, 536).

(3) Il s'agit de MM. Quentin, directeur et de Brelet, secrétaire général.

(4) Voir le texte de la proposition de MM. Bourneville, Cernesson et Loiseau dans le *Progrès méd.* de 1882, p. 893 et 935 ; — le Rapport de M. Bourneville dans le *Progrès méd.* de 1883, p. 33. Voir aussi : 1883, p. 385 ; — 1884, p. 805.

qu'elle profitera de l'expérience acquise dans l'organisation de ce premier musée de l'Ecole pratique et qu'elle aura à cœur de créer son Musée pour 1889.

L'exposition de la rue Monsieur-le-Prince est très bien installée, parfaitement éclairée ; elle se complète tous les jours, grâce au bon vouloir des laboratoires, des agenceurs et des industriels. Quelques parties ont un développement déjà remarquable ; telles sont celles qui ont rapport au chauffage et à la ventilation. On y retrouve les ameublements scolaires, les expositions alimentaires, les appareils d'hygiène industrielle, soufflage du verre, etc., avec lesquels les expositions précédentes nous ont déjà depuis longtemps familiarisés. Les hôpitaux d'isolement, les baraquements Tollet y sont largement représentés. Mais la partie la plus complète de l'exposition, la plus intéressante pour le médecin, la plus scientifique, c'est la partie relative à l'assainissement. C'est là une science d'hier, c'est celle qui est appelée au plus grand avenir. La médecine se servira de l'assainissement contre les épidémies comme la chirurgie se sert de l'antisepsie.

L'assainissement comporte deux parties : l'une de science pure, l'autre d'applications. Pour la première, les laboratoires de la rue d'Ulm et de la Sorbonne, celui de Montsouris, ceux de la Faculté prêteront leur concours et formeront une exposition d'épidémiologie aussi complète que possible. On pourra ainsi suivre pratiquement tous les procédés et rechercher les micro-organismes pathogènes ou non ; voici comment on analyse l'air, la terre et l'eau ; comment on cultive; comment on vaccine; tous ces procédés sortiront des laboratoires lointains où ils sont disséminés, et formeront un groupement ouvert à tous, que l'étudiant, dès son début, pourra voir et dont il pourra se pénétrer.

La seconde partie de l'assainissement, la question de l'application pratique comporte une série d'appareils qui ont été disposés avec beaucoup d'ingéniosité, pour qu'on puisse suivre le développement des progrès de l'hygiène de l'habitation, rien qu'en parcourant la galerie qui les renferme. La question de l'arrivée de l'eau potable, du captage des sources et des aqueducs se pourra lire sur les plans municipaux. Les différents modèles de distribution à arrêt automatique du robinet présentent à relever, au point de vue médical, les dispositifs qui empêchent l'eau souillée d'être aspirée dans les conduites d'eau pure.

Les filtres méritent une mention. Nous sommes loin de la simple fontaine filtrante parisienne en pierre poreuse, qui a suffi pendant 150 ans. Elle arrêtait tout au plus les œufs d'ascarides et exigeait un nettoyage fréquent. Les filtres au charbon et au sable, à l'aluminium et au fer, à l'éponge de fer sont présentés sous toutes leurs formes. A côté, les bougies Pasteur à pression d'eau qui sont trop connues de nos lecteurs pour que nous nous y arrêtions.

L'eau employée doit être évacuée, ainsi que les ordures ménagères et, ici, nous entrons dans la partie la plus importante de l'assainissement. Les constructeurs et les ingénieurs ont pris à la lettre le mot de Pasteur : « Il est au pouvoir de l'homme de supprimer les maladies infectieuses ; » et ils présentent une série d'appareils qui réalisent à peu près complètement l'hygiène de l'habitation. On sera frappé du grand nombre de modèles qui existent pour réaliser une disposition minutieuse et peu importante en apparence. Tels les siphons dans lesquels plongent les tuyaux de descente de nos gouttières en arrivant à l'égout. Il faut que ces siphons ne puissent se vider, « se siphonner » ni se sécher, car, en été, ces tuyaux feraient aspiration; l'air de l'égout s'y engagerait et se répandrait par les fenêtres dans les laboratoires. La fièvre typhoïde s'est propagée dans ces conditions en Angleterre (1). On voit toute l'importance médicale de ce détail.

Du reste, dans tout le tuyautage de l'habitation, on voit dominer les siphons. La fermeture à soupape parait abandonnée à cause de l'imperfection forcée des joints et remplacée par la fermeture hydraulique, dont les modèles foisonnent. Ils peuvent s'appliquer aux eaux de toilette, de cuisine et aux vidanges. Mais ces siphons exigent pour fonctionner un réservoir de chasse qui les amorce et les nettoye. Il est facile de constater que c'est autour de ces deux points, fermeture hydraulique des conduites ; et nettoyage par des chasses d'eau automatiques que se groupent la plupart des modèles nouveaux.

On retrouve la même tendance dans l'examen des appareils de vidange. Une série de modèles représentent d'abord la fosse fixe, mal jointe, mal ventilée, si infecte et si dangereuse, comme il y en a 80.000 à Paris, pour aboutir au tout à l'égout. On peut y voir la tinette filtrante, perfectionnement de la fosse fixe à séparateur, et qui n'est, comme on l'a dit justement, qu'un tout à l'égout déguisé ; les différents modèles de fosses mobiles, inapplicables avec les grands lavages ; les appareils d'aspiration représentés par les deux cuves couplées du système Berlier. Le système Waring, appliqué à Memphis, et qui consiste en une canalisation de diamètre très restreint utilisée seulement pour les matières alvines, se trouve aussi représenté.

Enfin, on en arrive aux systèmes sans systèmes pour ainsi dire, ou du moins sans appareils particuliers, au tout à l'égout. Le tout à l'égout, dit système anglais, à cause des ingénieurs comme Frankland, Baldwyn, Lathane, qui l'ont surtout étudié (2), exige, pour être établi pratiquement, un certain nombre de dispositions particulières qu'on peut apprécier au Musée. — Nous ne ferons pas l'étude de ce système bien connu. Disons seulement que les conduites qui se rendent à l'égout doivent être pourvues de siphons et de réservoirs de chasse automatiques, ou manœuvrés à la main comme il en existe un grand nombre d'exemples à l'Ecole pratique. Ces conduites collectées en un tuyau de chute qui aboutit à l'égout par l'intermédiaire d'un dernier siphon sont toujours propres et l'habitation saine. Reste l'égout qu'il faut nettoyer et assainir à son tour. La forme ovoïde du canal, son enduit en ciment, le curage à la main ou avec les appareils à vanne concourent à ce but, mais il est surtout atteint par les appareils de chasse, par les réservoirs et bassins à décharge automatique

(1) J. VAZON. Principes de l'assainissement, Paris, 1884.

(2) Le Tout à l'égout existe depuis des siècles dans certaines villes de France, d'Espagne, etc. (B.).

qui, à intervalles mesurés, lancent une chasse d'eau qui nettoye l'égout. On voit à l'Ecole pratique deux exemples de ce dispositif. L'appareil Geneste-Herscher, modification du siphon annulaire de Rogers-Fild, et l'appareil Aimond-Chabagny nous donnent tous les deux la reproduction d'un égout, avec son appareil de chasse annexé, et nous font comprendre comment le nettoyage du réseau souterrain suit logiquement le nettoyage de l'habitation. On supprime tout appareil pneumatique, filtrant ou séparateur, et on les remplace par des lavages réglés et automatiques.

Le sous-sol une fois nettoyé, les eaux provenant de l'habitation et de la rue rassemblées dans un collecteur ; il faut s'en débarrasser. C'est la suite du problème. A l'exposition, on peut voir une série de plans qu'a fournis la ville et qui ont trait à l'utilisation agricole des eaux d'égout. Il a été trop souvent parlé dans ce journal de cette question pour que nous nous y arrêtions longtemps. Durand-Claye que la mort vient d'arrêter avait rêvé de compléter l'œuvre grandiose de Belgrand, et d'imiter à Paris les essais d'utilisation de Milan, d'Edimbourg et de tant d'autres villes. En 1870, la petite usine installée à Gennevilliers fut bombardée, les travaux arrêtés. Repris en 1872, ils aboutirent à la création du jardin modèle de Gennevilliers. La question trouva dans le docteur Bourneville un apôtre convaincu. Sur son rapport, l'extension des essais d'ultilisation à la presqu'île d'Achères fut votée en janvier dernier (1). L'œuvre sera continuée et la basse Seine désinfectée et fécondée ; Gennevilliers restera l'équivalent de la ferme de Croydon, en Angleterre, et Paris ne perdra plus les millions qu'il jette à la Seine sans autre résultat que de l'empoisonner.

Les autres projets de destruction chimique des vidanges, de canal à la mer, seront aussi étudiés avec profit. L'exposition se complètera petit à petit, tournant de plus en plus au musée. Pourtant ce n'est pas inutile de considérer tant de modèles industriels. On est bien vite convaincu que les Anglais n'ont plus le monopole de l'hygiène de l'habitation, et que nos constructeurs peuvent fournir les modèles les plus en rapport avec les données actuelles de la science.

Il se fait déjà des cours tous les vendredis au musée d'hygiène. A mesure que les collections se compléteront, les cours seront plus nombreux. Ce sera pour le plus grand bien des étudiants ; ce musée est, je crois, aussi à sa place dans une Faculté de médecine qu'un droguier par exemple. Il y a d'ailleurs quelque temps déjà qu'en France l'hygiène a cessé d'être une science anecdotique, et ses traités des recueils de bons conseils. On possède à Paris tous les éléments nécessaires pour faire aussi bien que partout ailleurs, et ces éléments ne seront plus désormais perdus. Alex. P.

(1) Vallin. — Utilisation agricole des eaux d'égout. (*Revue d'hygiène*, 1888, et *Progrès méd.*, 1888, p 222, 255, 273, 307, 311.

Association des internes en médecine des Asiles de la Seine. — Le samedi 5 mai a eu lieu à l'Asile Saint-Anne une réunion des anciens internes et des internes actuels des asiles de la Seine. Il a été décidé de fonder une association des internes en médecine des asiles. Un comité composé de MM. Briand, Vallon, Legrain, Pichon, anciens internes, et de MM. Sérieux, Colin, Landrieux, internes en exercice, a été nommé dans le but d'élaborer les statuts de la nouvelle association.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mai 1888. — Présidence de M. Janssen

M. Lannelongue lit un mémoire sur l'*ectocardie et sa cure par l'autoplastie.* Il rappelle que la règle établie par les tératologistes est celle-ci : Toute ectopie du cœur dans laquelle cet organe n'est pas recouvert par les téguments, c'est-à-dire toute ectocardie, entraîne la mort peu de temps après la naissance, quelques heures ou quelques jours au plus tard. Or, le fait que rapporte M. Lannelongue montre qu'on peut, au contraire, par l'intervention chirurgicale, rendre la vie possible en pareil cas. — Il s'agissait d'une petite fille de six jours présentant vers la partie moyenne du sternum une ulcération circulaire et médiane à peu près large comme une pièce d'un franc. Cette ulcération, limitée par un bourrelet cutané saillant, était incomplètement fermée, du côté de la cavité thoracique, par une membrane molle, jaunâtre, flottante et en partie mortifiée. Le cœur soulevait cette membrane et le sommet des ventricules venait battre à l'extérieur du thorax; le sternum présentait une fissure incomplète et médiane. Dans les jours suivants, la membrane se détacha et disparut, de sorte que les ventricules se montrèrent à nu dans la cavité thoracique. Plus tard, l'anneau cutané de l'ulcération et les bords latéraux des ventricules bourgeonnèrent : le cœur se trouva alors environné d'une couche de bourgeons charnus. En laissant les choses ainsi, la paroi ventriculaire allait adhérer au tissu de cicatrice. les ventricules allaient être enserrés dans l'anneau rétractile. M. Lannelongue se décida alors à pratiquer une opération autoplastique et à fermer l'orifice cutané à l'aide de lambeaux cruentés par leur face profonde. Il fit deux incisions verticales de chaque côté de l'anneau cutané et il sutura au devant du cœur les deux lambeaux latéraux ainsi formés. En moins de vingt jours, la cicatrisation fut achevée ; l'enfant est aujourd'hui (deux mois après l'opération) en très bonne santé. Les battements du cœur soulèvent la peau : les ventricules peuvent même être pris entre les doigts : le tégument glisse librement au devant du cœur et celui-ci est libre dans un espace où ses mouvements ne sont nullement entravés. En définitive, l'opération a amené la transformation d'un cas d'ectocardie en une ectopie sous-cutanée. Sur cette même malade, MM. Potain et Fr. Franck ont pris le graphique des mouvements du cœur.

M. Arloing signale la présence d'une *matière phlogogène dans les bouillons de culture et dans les humeurs naturelles où ont vécu certains microbes.* Quand on injecte sous la peau du bœuf des cultures du micro-organisme de la péripneumonie contagieuse, on détermine une tuméfaction chaude et douloureuse, un œdème inflammatoire entouré d'un œdème passif. Quand on a chauffé et stérilisé préalablement les cultures, l'injection est néanmoins suivie de phénomènes analogues aux précédents. La propriété phlogogène persiste donc dans ces cultures malgré la destruction des agents virulents qui les peuplaient : elle est due vraisemblablement à une substance amorphe sécrétée par les microbes, formée comme celle qu'a rencontrée M. Pasteur dans le choléra des poules et M. Charrin dans la culture du *bacillus pyocyaneus.* La même substance phlogogène existe dans les humeurs qui baignent les organes et les tissus du bœuf dans lequel végète le microbe. Les effets de cette substance ne s'exercent pas du reste sur toutes les espèces domestiques avec la même intensité : le bœuf est plus sensible que la chèvre : le chien, le cobaye est réfractaire à son action. Il existe donc des immunités spécifiques contre les matières sécrétées par les microbes, comme on en trouve contre les microbes eux-mêmes. Quoi qu'il en soit, on doit admettre que certains microbes sécrètent des substances phlogogènes dans les milieux où ils se développent. On peut ainsi concevoir que, dans quelques affections microbiennes, les accidents inflammatoires s'étendront au-delà de la zone envahie par

les microbes. On peut aussi comprendre les effets locaux des venins, sans admettre l'intervention d'un micro-organisme que l'on a vainement cherché dans ces dernières années, car si les parcelles de protoplasma que nous appelons des microbes peuvent sécréter une matière phlogogène, on ne saurait refuser cette propriété aux cellules de la glande à venin des ophidiens.

M. Galtier décrit un *microbe pathogène chromo-aromatique* qu'il a découvert dans les ganglions d'un porc atteint de broncho-pneumonie et d'entérite. La culture de ce microbe fait périr les lapins et les cobayes auxquels on l'injecte. Cette culture fabrique une substance colorante verdâtre et une matière aromatique à odeur particulière.

M. Demeny fait connaître des *appareils de mesure ayant pour but de déterminer avec précision la forme extérieure du thorax, l'étendue des mouvements respiratoires, les profils et les sections du tronc ainsi que le débit d'air inspiré et expiré.* Ces divers instruments permettent d'étudier les modifications permanentes signalées par M. Marey dans la fréquence et l'amplitude des mouvements respiratoires chez les sujets entraînés aux exercices musculaires et en particulier à la course. Chez ces derniers, après six mois d'entraînement à l'école de gymnastique de Joinville, on constatait que la fréquence des mouvements diminuait de près de moitié, tandis que l'amplitude avait environ quadruplé.

M. Galippe signale l'*existence, chez l'éléphant d'Asie, d'une maladie analogue à la gingivite arthrodentaire infectieuse.* La croûte calcaire recouvrant la racine de la dent est constituée par du tartre salivaire, c'est-à-dire par des micro-organismes ayant provoqué le dépôt de sels calcaires tenus en dissolution dans la salive. Les lésions sont les mêmes que celles que MM. Malassez et Galippe ont rencontrées chez l'homme (1). Paul Loye.

(1) Voir *Société de Biologie.*

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 12 *mai* 1888. — Présidence de M. Chauveau.

M. Laborde a établi depuis plusieurs années que les antithermiques, le sulfate de quinine par exemple, ont en même temps une action anesthésique très marquée : c'est ce qui expliquerait l'action de ces médicaments sur les névralgies. Au point de vue de leur action antithermique, M. Girard a étudié leurs propriétés sur les centres thermogènes et paraît avoir obtenu de bons résultats avec l'analgésine.

M. Roger. — J'ai fait au laboratoire de M. Bouchard quelques expériences pour déterminer si, comme on le répète souvent, la dose mortelle d'une substance toxique est modifiée par l'introduction simultanée d'une autre substance toxique. Mes recherches ont porté sur quatre poisons : morphine, atropine, quinine, chlorure de potassium. J'ai déterminé d'abord la toxicité de ces corps quand on les injecte dans les veines : les chiffres ainsi obtenus représentent ce que, depuis M. Bouchard, on appelle les équivalents toxiques. Puis j'ai fait des mélanges deux à deux de ces différents corps et j'ai recherché leur toxicité. J'ai constaté que pour les mélanges d'atropine et de morphine l'animal succombe bien avant d'avoir reçu l'équivalent toxique d'un des deux corps ; il en est de même pour les mélanges d'atropine et de quinine, de quinine et de morphine. Dans tous ces cas, les deux substances agissent synergiquement et leurs pouvoirs toxiques s'additionnent exactement. J'ai constaté encore que les mélanges de chlorure de potassium et de quinine ont une toxicité près de deux fois plus élevée que ne l'indique la présence des pouvoirs toxiques des composants. Quand le sel de potasse est uni à la morphine, chaque substance agit comme si elle était isolée et l'animal succombe quand il a reçu la dose mortelle d'un des deux poisons. En résumé, on voit que, sauf pour le dernier cas, l'action des substances toxiques mélangées deux à deux s'ajoute assez exactement : dans aucun cas je n'ai observé un antagonisme toxique, c'est-à-dire une neutralisation plus ou moins complète d'un des poisons par l'autre.

M. Chauveau. — Nous avons déjà constaté, M. Marey et moi, que la pression aortique chez le cheval se passait en deux temps, un premier pendant lequel les sigmoïdes se relevaient, un second de véritable pénétration, la résistance du sang artériel étant vaincue. M. de Varigny a constaté les premiers phénomènes chez l'homme. Il doit donc en résulter que le souffle du rétrécissement aortique n'est pas nettement systolique, mais retarde un peu sur la systole ventriculaire, ce qui n'existe pas dans l'insuffisance mitrale.

M. Cornil revendique la priorité pour les résultats annoncés par MM. H. Martin et Ledoux-Lebard qui ont avancé que l'injection intra-veineuse d'une culture de bacilles tuberculeux chez le lapin déterminent une lésion tuberculeuse hépatique. Ces résultats ont été annoncés au cours de la Faculté et publiés.

M. Galippe. — M. A. Milne Edwards a bien voulu me confier, pour l'examiner, une molaire d'éléphant d'Asie tombée spontanément le 6 mai 1883 (1). Cette dent était intacte au moins en apparence ; une fraction de la racine ayant été prélevée pour l'examen, elle pesait encore, à l'état sec, 1 kil. 792. La racine était recouverte d'une croûte d'aspect calcaire, d'épaisseur variable, mais pouvant acquérir en de certains points 3 ou 4 millimètres. L'extrémité inférieure de la racine paraissait avoir été le siège d'un processus pathologique assez intense et présentant des arêtes aiguës incompatibles avec l'état normal. Nous avons vérifié par l'examen direct, ainsi que par des ensemencements, que la croûte calcaire recouvrant la racine était constituée par du tartre salivaire, c'est-à-dire par des micro-organismes ayant provoqué le dépôt des sels calcaires tenus en solution dans la salive. L'examen des lésions a été fait comparativement avec celui d'une racine de grosse molaire d'éléphant réputée saine.

Le cément présentait tous les degrés d'altération depuis les plus superficielles jusqu'à la disparition complète ; non-seulement il y avait des micro-organismes à la surface mais encore ceux-ci avaient pénétré dans son épaisseur.

Dans les points où la dentine a été mise à nu on la voit creusée d'anfractuosités plus ou moins considérables recouvertes de micro-organismes réunis en masse, régulières ou non et plus ou moins compactes. Ces micro-organismes pénètrent dans les canalicules et il est possible de les suivre très profondément dans la dentine. Ces lésions ne diffèrent point de celles que nous avons observées chez l'homme, M. Malassez et moi, et présentent au contraire avec elles une similitude frappante.

Nous concluons donc que l'éléphant d'Asie en captivité peut être atteint de cette maladie que nous avons décrite chez l'homme sous le nom de *Gingivite arthro-dentaire infectieuse*, ou par abréviation : *Gingivite infectieuse.* (Pyorrhea alvéolvis.) Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 *mai* 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. C. Paul, à l'occasion de la communication de M. Laborde sur la *méco-narcéine*, fait observer que cette substance n'est pas un produit chimiquement défini. Il en résulte que nous avons non un médicament, mais un produit curieux de laboratoire; aussi M. C. Paul ne croit pas que nous puissions faire un usage de la narcéine.

M. Laborde persiste à croire qu'il a retiré, suivant le procédé de M. Duquesnel, la narcéine totale de l'opium. C'est même le meilleur des produits opiacés.

M. Le Roy de Méricourt fait une communication sur *la lèpre.* Au mois d'octobre dernier, M. Ernest Besnier fit une remarquable communication sur la nature microbienne de la lèpre. Dès 1885, M. Le Roy de Méricourt n'accordait

(1) Ce même éléphant a perdu une grosse molaire symétrique le 18 février 1881 : elle présente le même aspect extérieur que la précédente.

qu'une part restreinte à la contagiosité dans la transmission de cette maladie. Aujourd'hui, M. Le Roy de Méricourt déclare qu'il ne partage pas sans réserve l'enthousiasme de la foule médicale pour la pathogénie bactéridienne. M. Ernest Besnier regarde la lèpre comme une maladie bacillaire. Ce qu'il y a de particulier à la lèpre, c'est la difficulté manifeste que rencontre le germe à trouver un terrain de culture et la propriété qu'il possède de rester indéfiniment à l'état latent. Les faits dans lesquels cette période de latence est de trois à six ans sont très communs ; elle pourrait durer douze, quatorze et même vingt ans. M. Le Roy de Méricourt aborde la question des origines et des modes de propagation de la lèpre. Contrairement à M. E. Besnier, il n'a jamais observé un seul cas de cette maladie dans les hôpitaux de la marine. Pour M. E. Besnier, la lèpre provient exclusivement du lépreux, ce que ne saurait admettre M. Le Roy de Méricourt. La notion du bacille lépreux n'a pas, jusqu'ici, prouvé irréfutablement la contagiosité de la lèpre. Toutes les enquêtes faites tendent à établir que la lèpre n'est pas contagieuse, ou si elle l'est, ce n'est que dans des limites très restreintes.

M. Le Roy de Méricourt terminera sa communication dans la prochaine séance.

M. Lagneau lit un *rapport* relatif au mémoire de M. Decaisne sur le *vertige des fumeurs*, et insiste sur les accidents cardiaques et sur les amblyopies qui ressortent à cette intoxication. Dans son mémoire, M. Decaisne différencie avec soin le vertige spécial aux fumeurs, du vertige symptomatique de la congestion cérébrale.

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Marty sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie. La commission présente : en première ligne, M. Moissau ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Beauregard, Guignard et Petit ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Quesneville et Vigier. A la demande de plusieurs membres de l'Académie, M. Villejean est adjoint à la liste de la Commission.

A. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 11 mai 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Féréol rapporte l'observation d'une femme d'une cinquantaine d'années, qui fut prise un soir de frissons, de malaise, avec un peu de mal de gorge. Le surlendemain la gorge était rouge avec une seule petite tache grisâtre sur l'amygdale droite. Le lendemain (quatrième jour), une plaque diphtéritique nette recouvrait toute l'amygdale ; la malade était aphone ; elle avait une fièvre intense et les ganglions étaient engorgés. Le cinquième jour, douleur rétro-sternale vive, dyspnée, râles et quantité notable de sucre dans les urines. Le sixième jour, points douloureux à la base du thorax, souffle bronchique et râles fins dans les poumons. Mort le lendemain dans le coma. M. Féréol rapproche ce cas de diphtérie rapidement propagée aux bronches du suivant qu'il a observé jadis. Il s'agissait d'un homme auquel on avait énuclé un œil et qui peu après eut de l'angine d'aspect bénin, qui rapidement s'aggrava, si bien que six jours après il mourait, la gorge pleine de fausses membranes, avec une broncho-pneumonie intense, ayant rendu plusieurs fois des membranes ramifiées.

M. Rendu fait remarquer qu'il peut y avoir broncho-pneumonie infectieuse sans fausses membranes bronchiques.

M. Cadet de Gassicourt observe actuellement une petite fille qui, à la suite d'une angine diphtérique légère, a eu une broncho-pneumonie dans le cours de laquelle s'est produit le croup et le rejet de fausses membranes par le nez.

M. Rendu communique l'observation suivante : Jeune femme de 28 ans, de souche à la fois arthritique et goutteuse. Chlorose à l'âge de 18 ans, qui guérit, avec nouvelles rechutes. En 1887, essoufflement, oppression, puis petites crises d'angine de poitrine nette ; on constate à la base de l'aorte un double souffle. On prescrit un vésicatoire précordial et 2 grammes quotidiens d'iodure de potassium. L'amélioration fut rapide, mais à mesure que le cœur se guérissait (on n'entendait plus que le souffle systolique), il se produisait de la céphalée, un état névrosique particulier, de l'exophthalmie aux paupières bouffies, des palpitations violentes avec tension artérielle exagérée ; bref l'aspect de la maladie de Basedow, sauf le goître. M. Rendu fait remarquer que l'iodure a certainement guéri l'aorte, mais qu'il semble bien être la cause des phénomènes nouveaux survenus à la suite.

M. Féréol fait les plus expresses réserves au sujet de cette interprétation ; il incriminerait beaucoup plus volontiers une cause morale, le chagrin, par exemple. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Terrillon présente l'appareil en caoutchouc, fabriqué par M. Galante dans le but d'empêcher la sortie du suc gastrique par l'ouverture stomacale consécutive à la gastrostomie et la digestion des tissus voisins de cette fistule par le liquide sortant de l'estomac.

M. Schwartz fait un rapport sur cinq observations de *lithotritie rapide pour calculs vésicaux*, envoyées à la Société par M. le Dr Doyen (de Reims). Dans quatre cas il s'agit de lithotritie chez l'homme pour des calculs de dimensions variables et plus ou moins nombreux. Dans un cas, il y a eu épididymite. La cinquième observation a trait à une femme de 75 ans, chez laquelle M. Doyen tenta d'abord la lithotritie. Dès le début de l'opération, il reconnut qu'il avait affaire à un calcul très dur, couvert d'aspérités, et en conclut que c'était un calcul d'oxalate de chaux. Malgré plusieurs prises, il ne put qu'érailler ce calcul et dut en venir à la cystotomie vésico-vaginale. La vessie ouverte, il eut encore de la peine à le trouver et à l'extraire, car il avait été saisi par les contractions de la partie supérieure de la vessie (*calcul au plafond*). M. Schwartz se demande pourquoi M. Doyen n'a pas d'emblée chez cette femme fait la taille vésico-vaginale ; M. Guyon a prouvé que cette opération est chez elle préférable à la lithotritie, à cause de l'ampleur de la vessie et de la difficulté de constituer un bas fond où il soit possible de mettre la lithotritie sur le calcul. Et cela d'autant plus qu'il s'agissait d'un calcul dur et d'un certain volume.

M. Doyen fait suivre la relation de ces observations de quelques considérations sur la *pathogénie des cystites et des calculs vésicaux*. M. Schwartz ne discutera pas les faits énoncés par M. Doyen ; mais il lui semble que ce chirurgien fait trop peu de cas de l'asepsie et de l'antisepsie dans les opérations portant sur les voies urinaires, et ne tient pas assez compte de la nécessité de nettoyer à fond les instruments qu'on emploie. M. Schwartz croit au contraire (et tout le monde sera de son avis) qu'il s'agit d'une condition absolument indispensable à réaliser. — On a dans ces derniers temps dit que les calculs vésicaux pourraient bien être d'origine microbienne. M. Doyen a fait des recherches sur ce sujet. Pour lui, les cultures faites avec des parcelles extraites du centre des calculs ne donnent aucun résultat ; il n'en est pas de même pour la périphérie. Il en conclut que les microbes n'interviennent pas dans la formation des calculs.

M. Segond a pratiqué quatre fois la castration ou *ovariotomie normale pour des tumeurs fibreuses utérines*. A l'étranger, cette question a été beaucoup étudiée. En France, nous n'avons guère que la thèse de Tissier, les communications de Terrillon, etc. Certains chirurgiens en sont des partisans très convaincus ; d'autres y sont hostiles. D'autres enfin prétendent que c'est une opération destinée à disparaître devant les succès toujours croissants de la myotomie transpéritonéale.

Il a opéré deux fois pour des crises dysménorrhéiques très intenses, deux fois pour arrêter des hémorrhagies très abondantes, car il ne croit pas aux succès dus au traitement électrique. Certains auteurs, Hégar entre autres, disent qu'on ne doit songer à enlever les ovaires que s'ils sont faciles à trouver à l'examen du ventre. Or, tout le monde sait qu'il est, la plupart du temps, impossible de savoir où et comment sont les ovaires. Pour M. Segond, on ne peut le savoir qu'après l'ouverture du ventre. Quand on a ouvert le ventre d'une malade atteinte de fibrome utérin, on doit, dans ces conditions, se demander si on fera la castration ou bien si on se résoudra à tenter l'amputation supravaginale de l'utérus. Il est tr s

difficile de poser, à propos de cette question, des conclusions fermes, étant données les différences qui existent entre les diverses tumeurs à traiter, et cela d'autant plus qu'on doit se résoudre à l'une ou à l'autre opération, suivant l'état général de la malade dans chaque cas particulier. Quand le fibrome utérin est très enclavé, quand il est petit ou moyen, on doit faire la castration ; mais il peut arriver qu'il soit très difficile de trouver et d'enlever les ovaires. Dans ces cas, la castration devient une opération laborieuse et aussi grave qu'une opération radicale bien réglée. Quand il en est ainsi, difficultés pour difficultés, on se résoudra à l'hystérectomie abdominale. Du moment que la castration commence à être plus qu'une laparotomie exploratrice, il faut bien se rappeler qu'elle devient alors une opération très sérieuse. Le manuel opératoire employé par M. Segond ne présente rien de spécial : il enlève ordinairement les ovaires et les trompes des deux côtés (dans un cas cependant il n'enleva qu'un ovaire) ; il réduit le pédicule après une toilette rapide et prend soin de ne pas laisser sortir au dehors la masse fibreuse qui doit rester dans le ventre. Il enlève les fils de la suture abdominale le neuvième jour. Chez une malade qui présentait un volumineux fibrome, trois heures après l'ablation des fils, il se produisit, lors d'un accès de toux, une désunion des lèvres de la plaie abdominale ; les intestins sortirent dans le pansement. On les fit de suite rentrer dans le ventre après les avoir nettoyés, sutura à nouveau et la malade guérit. M. Segond insiste sur cet accident. Il faut se méfier de cela, surtout quand on a affaire à des fibromes volumineux. Les quatre opérations qu'il a pratiquées ont eu le résultat qu'il souhaitait, à savoir que les crises dysménorrhéiques ont disparu et que les hémorrhagies n'ont plus réapparu. En outre, les fibromes se sont atrophiés notablement et d'une façon rapide. Un an après l'opération, des tumeurs fibreuses dépassant l'ombilic atteignaient seulement le pubis.

M. Terrier appuie les judicieuses remarques de M. Segond. Il a fait bien des fois la castration pour des tumeurs fibreuses et il la pratique pour des cas analogues à ceux cités par M. Segond. Il a observé le même accident que ce chirurgien. Au 8e jour, après qu'on a retiré les fils, un accès de toux occasionne la désunion de la peau et l'épiploon sort de la cavité abdominale et resta hors du ventre sous le pansement environ 12 heures. La température ne monta pas. On réduisit l'épiploon et fit quelques points de suture ; guérison. Désormais, pour ne plus avoir d'accidents semblables, il fait, outre les sutures profondes, des sutures superficielles au crin de Florence et les laisse en place un certain temps. M. Terrier insiste ensuite sur les difficultés que l'on peut avoir d'abord pour trouver, puis pour enlever les ovaires. Une fois, ne pouvant enlever qu'un ovaire, il a cru bon de faire des ligatures atrophiantes, perdues, au catgut, sur les vaisseaux voisins. Souvent il est difficile de pédiculiser l'ovaire à enlever, comme dans certaines tumeurs de cet organe. Il faut savoir qu'on peut laisser un morceau d'ovaire et c'est presque comme si on n'avait rien fait, car les hémorrhagies réapparaissent. Il croit qu'il est impossible de se prononcer, étant donnée une *tumeur fibreuse de l'utérus, pour la castration ou l'hystrectomie*, avant d'avoir fait une laparotomie exploratrice. Alors, séance tenante, suivant ce qu'on rencontre, suivant l'état de la malade, on se résoud à telle ou telle opération.

M. Bouilly a fait huit fois la castration pour ce qu'il croit utile d'appeler les *accidents déterminés* par les tumeurs fibreuses utérines. Dans 4 cas, il a opéré pour lutter contre des hémorrhagies graves et du premier coup il a atteint le but qu'il cherchait. Dans deux autres cas, il s'agissait de phénomènes douloureux avec poussées péritonéales ; les hémorrhagies étaient modérées ; il a obtenu aussi de bons résultats; les fibromes fondaient sinon dans ses mains, du moins sous la main. Dans les deux derniers faits, un peu différents des deux précédents, il s'agissait d'annexes malades avec fibromes ; il les a enlevées aussi avec succès. Il ne fait que citer aujourd'hui cette relation des fibromes avec les lésions des annexes ; il y reviendra un jour.

M. Lucas-Championnière. — On ne peut pas dire à l'avance comment on traitera des tumeurs fibreuses. De plus, il faut tenir compte de la situation sociale des individus. Certaines malades riches ne devront pas être opérées, alors que, si elles étaient pauvres, on devrait chercher à les débarasser au plus vite des accidents qu'elles présentent, même par une opération sérieuse. A propos de la rupture de la plaie, il conseille de laisser en place les sutures superficielles au crin de Florence il rejette la suture secondaire au collodion. Depuis quelque temps, il fait la suture séparée du péritoine ; il lui semble qu'il a des résultats plus satisfaisants. Il ne faut pas croire qu'il soit impossible d'enlever certains ovaires, qui au premier abord paraissent difficiles à extraire. C'est souvent une affaire de soin, de patience et d'expérience. L'ablation des fibromes est toujours une opération dangereuse et il croit utile de recommander la castration, alors même qu'il s'agirait d'enlever des ovaires mal vivants. Il n'est pas à dire qu'on ne doive pas faire l'hystrectomie abdominale. On interviendra de telle ou telle façon suivant les cas, après avoir fait une laparotomie exploratrice.

M. Auffret (de Brest) lit deux observations : 1° *Anévrysme faux consécutif de l'artère circonflexe humérale postérieure;* 2° *Luxation divergente du coude radius en avant, cubitus en arrière.*

M. Nimier présente un malade qu'il a opéré et qui était atteint de luxation tarso-métatarsienne.

M. Quénu montre un ovaire malade qu'il a enlevé récemment dans le service de M. Terrier. Il s'agit probablement d'*ovarite suppurée* ou d'*ovarite tuberculeuse*. Le diagnostic anatomique sera précisé ultérieurement. M. Quénu insiste sur cette lésion et sur la place qu'occupait l'ovaire. Il était placé dans la fosse iliaque gauche, très en dehors ; il ressemblait à un testicule ou à un ganglion tuberculeux, et paraissait relié à la crête iliaque par un pédicule ou cordon fibreux. — Il a été enlevé par une incision analogue à celle qu'on recommandait jadis pour la ligature de l'iliaque externe.

M. Tuffier montre un estomac provenant d'un sujet *gastrostomisé* pour un rétrécissement par bride fibreuse de l'œsophage. Mort le onzième jour.

M. Routier montre une *perforation spontanée du rectum* survenue chez un sujet opéré de taille hypogastrique pour cystite tuberculeuse. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 28 mars 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté l'*antipyrine dans la polyurie* ; cette substance agit efficacement dans les polydypsies d'origine nerveuse, mais reste sans action dans celles qui sont d'origine rénale. De plus, chez trois diabétiques, l'antipyrine a abaissé le taux du sucre et le volume de l'urine.

M. Féréol a essayé l'antipyrine chez un jeune diabétique de 18 ans et n'a pas obtenu d'amélioration ; chez ce malade l'opium, l'arsenic, le traitement préconisé par Martineau, avaient antérieurement échoué. L'antipyrine fut particulièrement mal tolérée par l'estomac.

M. C. Paul associe l'antipyrine au bi-carbonate de soude, et obtient ainsi une tolérance plus marquée.

Répondant à M. Hénocque qui demande s'il n'était pas survenu des sueurs profuses chez les diabétiques traités par l'antipyrine, M. Dujardin-Beaumetz dit que les fonctions de la peau étaient restées normales. Il profite de la circonstance pour recommander l'usage du sucre de houille ou saccharine, chez ces mêmes malades.

M. Hallopeau a employé contre la teigne tondante la *teinture de Siegesbeckta*, mélangée à parties égales de glycérine, suivant le procédé anglais, mais il n'a obtenu aucuns bons résultats de cette médication. Il continuera donc comme par le passé a employer la vaseline iodée à 1 0/0 d'iode, combinée avec l'épilation journalière.

M. E. Labbé demande à M. Hallopeau pourquoi il n'emploie pas la teinture d'iode ou une pommade plus forte en iode. De plus, la vaseline ne s'oppose-t-elle pas à l'absorption du médicament ?

M. Hallopeau répond que l'absorption se fait aussi bien avec la vaseline qu'avec toute autre substance. Quant à ce qui regarde la teinture d'iode, les badigeonnages forcément répétés donnent lieu à des éruptions pustuleuses.

M. P. Vigier a fait, il y a quelques années, des expériences sur l'absorption des médicaments par la peau ; les corps gras

sont les meilleurs : la vaseline est un peu moins bonne, la glycérine est mauvaise. Aussi, pourrait-on employer avec succès les oléates surtout préconisés en Amérique. Quant à la lanoline, tant vantée en Allemagne, elle n'est pas supérieure à l'axonge ou à la vaseline.

M. C. Paul a employé la laine en suint renfermant la lanoline lorsqu'il a voulu obtenir une révulsion très active ; son action révulsive est due surtout, dans la circonstance, à la forte quantité de potasse renfermée dans la laine.

M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté l'acétophénidine ou phénacétine qui jouit des mêmes propriétés que l'antipyrine et l'acétanilide. Elle abaisse la température et agit très rapidement ; c'est de plus un analgésique très puissant.

M. Dujardin-Beaumetz a également expérimenté l'extrait de laurier-rose comme succédané du strophantus. A la dose de 0,20 centigrammes on obtient la diurèse et l'abaissement du pouls.

M. Blondel. — La substance active du laurier-rose est un glucoside, l'oléandrine ; sous ce rapport, le laurier-rose d'Algérie est préférable à celui de France.

M. P. Vigier, considérant que les vins rouges médicamenteux de quinquina et de gentiane, se troublent facilement, dit qu'il suffit d'ajouter, par litre, 1 à 2 grammes de carbonate de magnésie pour les clarifier. Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

(Congrès de 1888) (*fin*).

Séance du 10 Mai (soir). — Présidence de M. Dor (de Lyon).

M. Javal communique à la Société qu'il a *perfectionné l'ophthalmomètre* construit par lui en collaboration avec M. Schiœtz. Cet instrument, à l'aide duquel on mesure comme on sait les déformations que subit sur une cornée astigmate l'image d'un carré blanc, ce qui sert à mesurer du même coup le degré de l'astigmatisme, présentait des imperfections. On se rappelle que par le système du dédoublement on obtenait les mesures cherchées. Or, pour faciliter à l'observateur le premier contact, et la lecture sur la mire (voir la description de l'instrument dans les journaux spéciaux d'antan), il se sert maintenant d'un quadriprisme à la place de prisme biréfringent, quadriprisme réglé de façon à ce que le dédoublement devienne très net et le contact très aisé. Si l'œil observé n'est pas astigmate l'observateur voit quatre carrés contigus, sinon il perçoit une croix dont les bras sont inégaux. Le dispositif, la graduation, le mécanisme de régularisation de l'image avec ses index, révèlent sur le champ à la personne la moins exercée le méridien de la cornée qui est de courbure inégale et le degré de l'astigmatisme. En deux minutes on met au point ; la vérification est instantanée. Le défaut de ce nouveau perfectionnement c'est que chaque dédoublement de l'image absorbe beaucoup de lumière.

M. Tscherning (de Paris), sous le titre de *contribution à l'ophthalmométrie* décrit brièvement quelques modifications apportées par lui à l'instrument qu'il a présenté l'an dernier.

M. Leroy présente un *nouvel ophthalmomètre* qu'il a inventé en collaboration avec M. Dubois R., permettant de mesurer les cornées de tous les animaux (oiseau, cheval, homme). Avec cet instrument, la tête n'a pas besoin de support spécial, il suffit de faire appuyer le menton sur la main, avec le coude comme point d'appui. Les mires peuvent être remplacées par des lampes mobiles à la flamme desquelles on donne de la rectitude à l'aide d'écrans spéciaux. La visée de la cornée s'obtient directement par un à peu près ainsi que lorsque, dans le microscope, on fait marcher la grande vis ; la mise au point s'exécute en tirant et mobilisant légèrement l'oculaire de même qu'avec la vis micrométrique du microscope.

M. Parinaud présente une *nouvelle échelle* dans laquelle les caractères ont été choisis et disposés d'une façon telle que les numéros pour les distances intermédiaires que Snellen n'avait pas prévus se trouvent figurés. L'échelle de Monoyer a été modifiée dans les mêmes conditions. Pour la détermination de l'acuité visuelle à petites distances, il a réuni une série de caractères de Snellen de façon à prolonger l'échelle jusqu'à 25 centimètres. Ces échelles typographiques deviennent ainsi plus pratiques, mieux adaptées aux exigences de la clinique. Il a choisi des caractères romains qui soustendent des arcs non de 5 minutes, comme dans l'échelle de Snellen, mais de 4 minutes. L'examen de la chromatoptométrie se fait à l'aide de 5 degrés de saturation de chacune des couleurs principales (vert, bleu, violet, etc.) sur des feuilles séparées, afin d'éviter le contraste, les oppositions ; on doit faire examiner successivement chaque couleur, du moins au plus de saturation ; on peut également les faire apprécier par transparence. En ce qui a trait à la sensibilité, à la lumière, M. Parinaud a déterminé dix tons entre le noir et le blanc parfaits sous forme de lignes ou de lettres ; l'examen peut avoir lieu dans l'obscurité, à la lumière réfléchie, à la lumière transmise.

M. Javal dit que les échelles de Snellen sont affreuses au point de vue pratique, parce qu'elles reposent sur une notion inexacte du fonctionnement rétinien, que leur graduation est absolument arbitraire et dépourvue d'ordre logique. Il en est de même des échelles de Monoyer. On n'a pas assez accordé d'attention au travail de Green ; on ne s'est, malgré son mémoire qui date de quinze ans, pas préoccupé le moins de monde de la proportion géométrique des lignes, des lettres, absolument indispensable pour que les échelles soient utiles, même en grisaille.

M. Meyer.— Toutes mauvaises que soient les échelles, elles nous renseignent, et l'amélioration, tout en n'étant pas mathémathique, doit être acceptée comme un bienfait.

M. Parinaud.—Les échelles, tout empiriques qu'elles soient, ont cet avantage de nous donner des chiffres entiers ou décimaux simples et non des nombres fractionnaires qui exigent des calculs auxquels le clinicien n'a pas le loisir de se livrer.

M. Parenteau présente un *optomètre de poche* renfermé dans un écrin du volume d'un livre in-8° destiné à examiner en dehors de chez soi avec tous les instruments nécessaires la réfraction des malades et à leur prescrire des lunettes convenables.

M. Panas présente pour le compte de M. Gayet un *blépharostat* qui est en même temps un *laveur des culs-de-sac*, et pour son compte, *deux disques* sur lesquels sont montés de larges verres allant jusqu'à 20 D. pour la double série convexe et concave ; ces disques sont destinés à la correction de la réfraction du malade pendant qu'on l'examine par la kératoscopie skiascopique : Le malade applique son œil sur un œilleton, ce qui évite qu'il ne soit entraîné à exécuter des mouvements avec la tête pendant qu'il fait tourner le disque.

C'est dans le même but que M. Parent a fait engainer sur une règle plate, tenue à la main par le malade à l'aide d'une queue, deux séries verticales de verres convexes et concaves, allant par demi-dioptries jusqu'à 6 D convexes et 10, 12, 15 D concaves. M. Kern a complété cette instrumentation en disposant sur une règle en une seule ligne verticale des cylindres, qui, par un mécanisme très simple, subissent toutes les rotations axiles nécessaires : une fourche permet de les doubler d'un verre sphérique, de sorte qu'on produit toutes les corrections démonstratives.

M. Debierre montre également *un disque correcteur* qu'il a aussi inventé pour la correction de la réfraction du malade soumis à la kératoscopie skiascopique. Seulement il n'a donné aux verres, pour que l'instrument soit portatif, que 13 millimètres de diamètre. Il n'a à cela pas éprouvé d'inconvénient ; il n'a pas eu les reflets que redoute M. Panas.

M. Vacher a fait fabriquer un *blépharostat à bras mobiles*, sur les crochets qui soulèvent les paupières ; on porte ces bras à droite et à gauche sans être obligé de retirer son instrument.

M. Motais, préoccupé de la nécessité de couper la capsule cristallinienne, au lieu de la déchirer, de l'arracher, a exécuté un *kystectome* permettant d'enlever les lamelles à cristaloïde ; malheureusement cet instrument a été si mal construit qu'il n'a osé l'apporter.

M. Meyer décrit une observation de *sarcome parenchymateux de la cornée* n'ayant pas dépassé la couche épithéliale externe de cet organe ni la membrane de Descemett, s'étant manifesté longtemps par une légère bouphthalmie, un épaississement scléroticocornéen considérable, une vascularisation très grande, mais n'ayant occasionné aucune douleur.

A cette période lente, il n'y avait plus qu'une petite portion de la cornée qui fût demeurée transparente et utilisable. Finalement le corps ciliaire et le corps vitré furent atteints d'accidents inflammatoires, qui se traduisirent par des douleurs spontanées, des douleurs à la pression, un décollement rétinien ; il fallut enlever l'œil. C'est cette pièce présentée au Congrès qui permit d'établir le diagnostic.

La session du Congrès est déclarée close. P. Kéraval.

CONSEIL D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE SALUBRITÉ DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

M. Lépine, secrétaire général de la préfecture de police, dans la séance du 27 avril, a donné connaissance du résultat des mesures récentes prises par M. le préfet de police pour la mise en fourrière des chiens errants. Du 1er au 25 avril, 3,153 chiens ont été conduits à la fourrière, dont 2,069 pour Paris et 84 pour la banlieue. 85 de ces animaux, porteurs d'un collier indiquant le nom de leurs maîtres, et réclamés dans les trois jours, ont été rendus à leurs propriétaires. Les autres ont été sacrifiés.

M. Dujardin-Beaumetz a donné lecture du rapport ci-après :

Le 1er février dernier, un enfant de six ans et demi, en allant acheter des bonbons chez un épicier, voulut caresser et jouer avec un chien en lui prenant les pattes. Ce chien paraissait gai, mais tout à coup il mordit très vivement l'enfant aux deux lèvres, puis prit la fuite. Cet animal était errant et peu connu dans le quartier ; il ne portait pas de collier et, depuis la morsure de l'enfant on ne l'a point revu. L'enfant fut immédiatement conduit près d'un medecin et, devant les affirmations de l'épicier qui soutenait que le chien n'était pas malade, le médecin se contenta de faire une suture des lèvres. Ce sont ces mêmes affirmations qui ont empêché de conduire l'enfant à l'Institut Pasteur. Le 25 mars, l'enfant, qui était très nerveux, éprouve quelques soubresauts dans les membres. Le 2 avril, il a des vomissements et ne mange plus, mais joue encore, et, le 3 avril, apparaît l'hydrophobie. On conduit alors l'enfant à l'Institut Pasteur, où l'on reconnaît tous les symptômes de la rage, et l'enfant meurt le surlendemain, 5 avril, à quatre heures du matin. Dans cette observation, bien que nous n'ayons aucun renseignement sur le chien et qu'il n'y ait pas d'inoculations avec le bulbe de l'enfant, nous pouvons affirmer néanmoins le diagnostic de la rage. L'incubation ici a été de cinquante jours.

Cette observation comporte plusieurs enseignements ; d'abord le danger que nous avons signalé à maintes reprises de ces chiens errants, facteurs habituels de la rage, et qui, une fois l'accident arrivé, disparaissent sans qu'on puisse retrouver leurs traces. Cette observation montre aussi combien étaient justes les réflexions de M. le docteur Ollivier, quand il montrait qu'il fallait apprendre aux enfants à se défier des chiens.

CORRESPONDANCE

Le tout à l'égout à Lausanne (Suisse).

Lausanne, 3 mai 1888.

Monsieur le rédacteur en chef du *Progrès médical*,

Cher et très honoré confrère,

Je vous adresse les renseignements suivants, qui m'ont été donnés avec une parfaite obligeance par M. le syndic de Lausanne, sur les égouts de notre ville. Ils vous seront peut-être de quelque utilité dans l'enquête intéressante et instructive que poursuit le *Progrès médical* sur cette question.

Lausanne est bâtie en amphithéâtre, sur les flancs des collines du Jorat, à une centaine de mètres en moyenne au-dessus du niveau du lac Léman. Elle est traversée par deux ravins profonds, se joignant à peu près à angle droit, au fond desquels coulent une petite rivière, le Flon, et un ruisseau, son affluent, la Louve. Cette disposition topographique fait de Lausanne une des villes les plus accidentées qui existent, mais facilite aussi d'une manière admirable l'entraînement des déjections de toutes sortes.

De temps immémorial, les deux cours d'eau en question ont été utilisés comme égouts, du moins pour tous les quartiers centraux et à proximité de ces égouts naturels. Des quartiers plus excentriques, en faible minorité, n'avaient guère autrefois que des fosses fixes. En outre, le Flon et la Louve coulaient à ciel ouvert, répandant parfois une odeur infecte, pendant les chaleurs de l'été, ou inondant les maisons qui les bordaient lors des pluies prolongées. Aussi la fièvre typhoïde faisait-elle de grands ravages à Lausanne.

Mais, depuis quelque vingt ans, tout a bien changé. Les deux cours d'eau ont été transformés en égouts fermés, dans tout leur parcours à travers la ville, au moyen d'une voûte en maçonnerie, édifiée sur un radier creusé d'une cunette centrale. De plus, la ville a été pourvue d'eau en abondance, si bien que chaque habitant dispose actuellement en moyenne de plus de 500 litres d'eau par jour. Les fosses fixes des quartiers excentriques ont été comblées, et remplacées par des canalisations qui vont se déverser, les unes dans le Flon ou la Louve, les autres directement au dessous de la ville. Lausanne présente actuellement un exemple presque pur du tout à l'égout, et il n'y a plus que quelques fosses fixes dans la banlieue. Il n'existe pas de fosses mobiles, ni de tinettes filtrantes. Le réseau d'égouts actuel, très suffisant, entraine mélangées toutes les immondices de la ville, eaux pluviales ou d'arrosage, eaux ménagères, déjections, etc.

Entre la limite inférieure de la ville et le rivage du lac, se trouve un terrain d'alluvion en pente, d'environ 1 1/2 kilomètre de largeur sur 5 kilomètres de longueur (ayant donc une superficie d'environ 750 hectares). C'est ce terrain qui est arrosé par les eaux des égouts de Lausanne. Il est couvert de prairies dans sa plus grande étendue, mais on y cultive aussi quelques jardins. L'eau y circule dans de nombreux petits canaux à ciel ouvert, et y entretient une végétation luxuriante. Il est parsemé d'habitations, soit villas, soit fermes. On y trouve même deux agglomérations de quelque importance, le hameau de Cour et le village d'Ouchy, qui sert de port à Lausanne.

Or, jamais une épidémie de fièvre typhoïde n'a sévi particulièrement sur la population de cette région. Dans ces dernières années notamment, où la mortalité par fièvre typhoïde devenue extrêmement faible à Lausanne, les cas de cette maladie ont été plutôt observés dans les quartiers centraux de la ville et tiennent sans doute, soit à l'encombrement, soit au fait qu'une partie des eaux potables de Lausanne ne possède pas encore toute la pureté désirable.

La vérité m'oblige à dire toutefois que le typhus visitait autrefois par trop souvent le village d'Ouchy. Des recherches démontrèrent que l'eau des fontaines dont s'alimentait ce village, était polluée par des eaux de surface servant à l'arrosage des prairies situées entre Ouchy et Lausanne. Les canalisations étaient-elles par trop défectueuses, ou la pollution des eaux se produisait-elle malgré une filtration à travers une couche épaisse de terrain, c'est ce qui ne fut pas établi. Toujours est-il que l'on trouva plus prudent d'alimenter Ouchy avec les eaux de la ville de Lausanne, et que dès lors la fièvre typhoïde disparut à peu près de notre port.

Il faut dire aussi que le creusage d'une tranchée profonde dans les terrains irrigués (lors de la construction du funiculaire Lausanne-Ouchy), remua des terres très fétides, et que ce travail et d'autres analogues eurent pour résultat une épidémie intense de fièvre typhoïde, qui ne se reproduisit plus, une fois ces travaux achevés (V. de Cérenville, *Bulletin médical de la Suisse romande*, 1882, p. 650 seq.). Le fléau serait-il plus à craindre si le sol irrigué était en entier affecté à la culture maraîchère, au lieu de produire des fourrages, c'est là une question que nous ne pouvons trancher.

Quoi qu'il en soit, les habitants de la région suburbaine, loin de se plaindre d'avoir leurs champs arrosés par les déjections de Lausanne, s'en félicitent au contraire. Il y a quelques années, le Conseil municipal ayant parlé d'affermer les vidanges de la ville à une société de fabrication d'engrais, ces mêmes habitants protestèrent, affirmant leur droit aux immondices de Lausanne. Pour le dire en passant, ces singulières prétentions ne furent pas trouvées fondées au point de vue juridique, ce qui n'empêcha pas l'ancien état de choses de subsister, la demande de concession ayant été retirée.

Nous croyons donc que, en ce qui concerne les égouts, tout est à peu près pour le mieux à Lausanne, et qu'il serait difficile d'y introduire un autre système d'évacuation des immondices plus favorable à la santé publique.

Quant à l'épandage de matières fécales sur les jardins, il se pratique dans quelques jardins aux abords de la ville, mais d'une manière restreinte, et il ne paraît pas avoir jamais donné lieu à des plaintes ou à des accidents.

Veuillez, cher et très honoré confrère, agréer l'expression de mes sentiments distingués et bien cordiaux. Dr EPERON.

THÉRAPEUTIQUE

Des indications et contre-indications des eaux de Contrexéville (Vosges).

Par M. le Dr DEBOUT D'ESTRÉES, médecin-inspecteur.

Lorsque, le 10 janvier 1760, M. le Dr Bayard, médecin du roi de Lorraine, Stanislas, lut à l'Académie des sciences de Nancy le premier travail scientifique sur les propriétés de l'eau calcique lithinée ferrugineuse de la source du Pavillon (1), il en formulait l'indication dans la gravelle, la goutte, le catarrhe vésical et la lithiase biliaire.

Vingt années de pratique médicale à Contrexéville m'ont permis de vérifier l'exactitude des assertions du savant lorrain, que des faits cliniques innombrables sont venus confirmer; mais pour expliquer le mode d'action de l'eau de Contrexéville, trop souvent mal interprété et assimilé à tort à un lavage des voies urinaires ou biliaires, j'ai dû avoir recours à la physiologie expérimentale, ainsi qu'à de nombreuses analyses faites avant et après la cure hydrominérale.

Ces recherches, consignées dans le tome XXIX des *Annales de la Société d'hydrologie de Paris*, m'ont amené à la conclusion suivante : L'eau de Contrexéville possède deux propriétés :

L'une, dite *expultrice*, résultant d'une action sur la fibre lisse en général et surtout sur les voies urinaires ou biliaires; l'autre, *altérante*, agissant sur la erase du sang à la manière des alcalins en général.

La première explique les nombreuses évacuations de graviers urinaires, uriques, oxaliques ou phosphatiques, constatées à la suite de l'ingestion de l'eau minérale; elle permet également d'expliquer les résultats obtenus dans l'*incontinence d'urine* des enfants et dans le *catarrhe vésical* chez le vieillard, dont la vessie recouvre, comme l'avait si bien signalé Civiale, sa contractilité affaiblie.

L'action altérante permet de comprendre comment agit l'eau de la source du Pavillon dans la *goutte* ou le *diabète*, c'est-à-dire en faisant expulser l'acide urique contenu dans le sang et produisant l'une de ces expressions d'une même diathèse. Ce fait clinique est facile à constater à Contrexéville, où l'on voit par exemple l'acide urique apparaître sous le microscope dans l'urine d'un diabétique au fur et à mesure que le sucre disparaît.

Quelles sont donc les indications précises de l'eau de Contrexéville et dans quels cas faudra-t-il s'abstenir de les employer? C'est à ces deux questions qui me sont posées que je vais m'efforcer de répondre le plus clairement et le plus brièvement possible :

1° *La gravelle* urique, oxalique ou phosphatique, forme l'indication la plus universellement connue de l'application de l'eau de la source du Pavillon, surtout s'il y a des coliques néphrétiques; l'hématurie rénale est loin d'être une contre-indication, non plus que l'alcalinité des urines, car on constate journellement à Contrexéville ce fait de malades venus avec des urines alcalines qui y recouvrent l'acidité normale.

2° *Le catarrhe vésical.* — Parmi les faits de guérison les plus remarquables, nous signalerons à nos confrères que la question intéresse, ceux qu'a rapportés le Dr Cruise, président du Queen's College des médecins d'Irlande, dans sa lecture du 20 juin 1885, à l'Académie de médecine de Dublin.

3° *La goutte.* — Quoique la goutte aiguë articulaire obtienne d'excellents résultats de l'élimination d'acide urique produits par la cure hydrominérale, c'est surtout dans la goutte *atonique* et dans les manifestations abarticulaires de la goutte, soit *viscérales*, soit *glandulaires*, que Contrexéville compte ses plus beaux succès.

Le diabète. — La clinique de Contrexéville met en relief la communauté d'origine du diabète et de la diathèse urique, l'élimination d'acide urique par la cure hydrominérale a amené la disparition du glycose dans 89 p. 100 des cas de diabète qu'il m'a été donné d'observer.

Les coliques hépatiques. — Signalée déjà par Bayard au siècle dernier, l'action de l'eau de la source du Pavillon, dans la lithiase biliaire, est surtout marquée chez les femmes que des crises nombreuses ont anémiées. J'ai été témoin à cet égard des faits les plus remarquables et, entre autres, de celui observé sur la femme d'un confrère de Bruxelles, dont le résultat reste confirmé depuis douze ans (1).

Contre-indications : 1° « Tout malade porteur d'un calcul vésical non susceptible de passer par les voies naturelles ne devra pas être envoyé à Contrexéville. » — 2° « La cure de Contrexéville révèle journellement la présence de calculs ignorés jusque-là, mais son action à cet égard n'est pas infaillible, » tels sont les termes dans lesquels, en février 1881, je résumais une discussion avec mon regretté confrère le Dr Brongniart, tout en confessant que moi et, avant moi, la plupart des auteurs ayant écrit sur Contrexéville nous avions été trop affirmatifs sur le fait que la cure de Contrexéville était un critérium de l'existe d'un calcul vésical. — 3° La paralysie complète de la vessie, avec perte absolue de toute contractilité, est une contre-indication absolue de la cure hydrominérale, qui pourra amener des accidents très graves surtout si, comme j'ai eu trois fois occasion de le constater, le malade se laisse aller à boire la quantité d'eau minérale indiquée dans la gravelle. — 4° Enfin dans les maladies organiques du cœur, on devra être très réservé dans l'emploi de l'eau de la source du Pavillon. Je ne saurais cependant en faire une contre-indication formelle, car j'ai eu, en décembre dernier, à Saint-Pétersbourg, l'occasion de voir un client des professeurs Charcot et Botkine, et plus récemment à Londres, deux clientes des docteurs Chepmell et Garrod, qui avaient obtenu non-seulement un soulagement du côté de la gravelle, mais bien aussi du côté des manifestations cardiaques, bien que présentant des lésions organiques très caractérisées.

Enfin, pour terminer cet aperçu de l'action de l'eau de Contrexéville, je ne saurais trop recommander aux praticiens qui ordonnent à domicile l'emploi de l'eau de la source du Pavillon de la prescrire à jeun le matin par verrées de 25 centilitres. Deux, trois ou quatre verres espacés d'un quart d'heure leur donneront des résultats que l'eau prise aux repas ne saurait produire. J'ai trop souvent l'occasion de constater cette erreur des malades de prendre l'eau minérale aux repas, pour ne pas la signaler aux confrères qui la prescrivent.

BIBLIOGRAPHIE

Des contractures; par Paul BLOCQ ; thèse de Paris, 1888.

Cette thèse, qui sort de l'Ecole de la Salpêtrière, est un travail de séméiologie. C'était un des plus ardus et des plus obscurs qu'on pût trouver et l'on doit remercier l'auteur qui nous a donné un travail remarquable sur ce sujet en apparence si ingrat. La définition seule de la contracture a toute une histoire. L'auteur adopte celle de Straus : Contraction tonique, persistante et involontaire d'un ou plusieurs muscles de la vie animale. L'auteur s'attache d'abord à caractériser la contracture au point de vue clinique. Le muscle pris est dur, à résistance élastique, les réflexes tendineux sont exagérés, il y a de la trépidation épileptoïde, un son faible et inégal au micro-

(1) Voir l'analyse de M. Debray membre de l'Académie des sciences.

(1) *Annales d'hydrologie*, 1878.

phone. Le chloroforme supprime la contracture. Il y a impotence fonctionnelle des muscles pris, mais sans douleur en général. Ces caractères ne s'appliquent qu'à la contracture spasmodique vraie, que M. Blocq expose dans les pages suivantes et se propose de séparer d'un certain nombre d'états du muscle produisant aussi une raideur persistante, mais sans état spasmodique. Une première partie de la thèse étudie donc, après cet exposé, la contrature spasmodique vraie, la seconde est consacrée aux pseudo-contractures.

1) Les contractures vraies sont centrales, neurogènes, avec exagération constante des réflexes tendineux. Elles procèdent par groupes de muscles, prenant les antagonistes comme si le territoire central d'un certain ordre de mouvements associés était pris. Elles cèdent au chloroforme et à l'application de la bande d'Esmarch. Elles sont, au point de vue des lésions centrales, purement dynamiques et on ne peut préciser leur siège que par induction, en se servant des faits anatomo-pathologiques dans lesquels la contracture est apparue à la suite de lésions descendantes du *faisceau pyramidal*. Les muscles sont intacts. C'est donc dans une modification physiologique qu'il faut chercher la raison de la contracture. Le tonus normal des muscles étant entretenu par un réflexe centripète, la contracture qui est l'exagération de ce tonus est due à l'exagération de ce réflexe. La trépidation épileptoïde et l'exagération de la sensibilité des tendons sont des preuves que les choses se passent ainsi. Les contractures provoquées des hystériques, celles d'origine articulaire, qu'on observe surtout dans les lésions anciennes : tumeurs blanches, arthrites déformantes, plaident aussi en faveur de cette interprétation. Au point de vue de ses signes, la contracture spasmodique peut être latente ou réalisée. Elle persiste plus ou moins longtemps, mais a le plus souvent tendance à la disparition complète. Rarement elle aboutit à une rétraction fibrotendineuse qu'on distingue à ce qu'elle ne disparaît pas par l'application de la bande d'Esmarch. On a vu cette rétraction se produire dans l'hémiplégie, le mal de Pott, l'hystérie, la pachyméningite cervicale hypertrophique. Ces complications peuvent se traiter chirurgicalement après la guérison de la contracture. Celle-ci disparaît spontanément ou par l'action de l'électricité, de la suggestion, des aimants.

2) Les pseudo-contractures (mot criticable à notre sens), forment un groupe beaucoup moins homogène que celui des contractures spasmodiques. Là l'élasticité est abolie, la résistance est presque fibreuse, les muscles ne sont pas pris par groupes. Le volume des muscles est variable et dépend de la lésion initiale. De même, les réactions électriques. La narcose chloroformique est sans effet. Les rétractions sont étudiées 1° dans l'ischémie, où elles sont sympathiques ; 2° dans la maladie de Parkinson, où elles peuvent exister seules et constituer un type fruste, caractérisé seulement par de la raideur. L'auteur a trouvé, dans cette dernière affection, des altérations assez légères des muscles, qui paraissait liées à des névrites descendantes. Ces altérations musculaires sont déjà signalées dans la thèse d'Ordenstein. Enfin dans un troisième groupe se rangent les pseudocontractures des myopathies infantiles. Les enfants atteints de myosite scléro-adipeuse primitive présentent, pour la plupart, des pieds-bots équins ou talus ou des mains-botes qui varient suivant les formes de myopathies auxquelles on à affaire. C'est dans ces cas que l'examen du muscle donne les résultats les plus nets. Il y a sclérose interstitielle très avancée et même transformation fibreuse de la fibre musculaire. Les muscles pris ne sont pas les plus atteints par la myopathie et c'est la fibre musculaire elle-même qui participe à la lésion, ce qui distingue cette pseudo-contracture de la rétraction fibro-tendineuse ordinaire. Cette thèse très détaillée est illustrée de dessins de M. P. Richer, de photographies de M. Londe; la seconde partie, remplie de détails neufs et intéressants, restera et marquera une date dans l'histoire anatomo-pathologique et clinique des lésions propres au tissu musculaire. Nous ne pouvons qu'en recommander la lecture aux neuropathologistes. Al. P.

Œuvres complètes de Jean Méry ; réunies et publiées par le Dr L. H. Petit.— Félix Alcan, Paris, 1888.

M. le Dr L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint de notre Faculté, vient de publier les œuvres complètes (anatomie, physiologie et chirurgie) de Jean Méry, premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur d'anatomie et membre de l'Académie des sciences. Notre maître, M. le Pr Verneuil, a pris la peine de présenter le livre de Méry à ceux qu'intéresse notre passé chirurgical et en profite pour émettre une idée qu'il serait bien heureux de voir se réaliser. Il croit qu'il serait bon de fonder à Paris une *Société d'histoire et de bibliographie médicales*, servant de point de ralliement aux curieux et aux chercheurs qui ne manquent point dans notre profession. Nous n'avons point ici la prétention de mettre en relief l'utilité d'une semblable association : l'évidence ne se démontre pas. Il nous suffit de faire connaître la proposition de M. Verneuil, persuadé que les érudits l'approuveront des deux mains.

Pour rendre le nom d'un grand homme impérissable, il n'y a guère, dit-on, qu'un moyen : lui élever une statue dans sa ville natale. Mais le lendemain de l'inauguration du monument, bien peu de ceux qui sont venus de loin pour cette fête songent à celui qu'ils viennent de placer au nombre des monuments historiques. Les touristes seuls, au bout de quelque temps, savent qu'ils ont là un pèlerinage à faire. M. Verneuil pense, à bon droit, qu'il y a une autre façon de rendre impérissable le souvenir d'un savant ; il est convaincu que l'historien peut et doit souvent remplacer le statuaire. Tout le monde sera de son avis et ne pourra que féliciter M. Petit qui vient de bien mériter de la science française en vulgarisant les travaux d'un maître encore mal connus. Ceux-là seuls qui parcoureront ce volume comprendront le travail colossal qu'exige une telle publication, l'intérêt qu'elle présente, ce qu'il a fallu de patience et d'érudition pour publier une œuvre semblable.

Dans une longue préface, M. Petit a d'abord retracé la vie de l'éminent chirurgien, une de nos gloires les plus pures, puis il a reproduit l'éloge que nous devons à la plume de Fontenelle et cité la liste chronologique des présentations et communications de Méry à l'Académie des sciences. Des documents très-curieux relatifs à ce savant, extraits des registres de l'ancien Hôtel-Dieu de Paris et du livre d'un de nos amis et collaborateurs, M. A. Rousselet, actuellement sous presse (1), précèdent les nombreux travaux de Méry que tout anatomiste doit connaître.

Il est impossible, inutile même, on le comprend facilement, d'énumérer les mémoires que notre ami, M. Petit, vient d'exhumer sur les conseils de son maître ; nous sommes persuadés que tous ceux qui s'intéressent à l'histoire de la médecine liront avec curiosité les pages consacrées à l'anatomie de l'œil, à la circulation du sang et à la nutrition chez le fœtus, aux chapitres relatifs à l'anatomie comparée, etc.

Nous serions heureux de voir cet intéressant ouvrage dans les bibliothèques d'internes; l'Assistance publique, nous en sommes convaincu, se fera un devoir d'offrir aux salles de garde ce volume représentant les œuvres d'un de ses plus méritants serviteurs, un des chirurgiens les plus célèbres de l'ancien Hôtel-Dieu. Marcel Baudouin.

Traité de pathologie chirurgicale spéciale ; par le Pr F. Kœnig ; traduction par J.-A. Comte, préface de Terrillon. — A. Delahaye et Lecrosnier. — Paris, 1888.

Le livre du Pr Kœnig, qui jouit en Allemagne d'une réputation méritée, vient d'être traduit en français par M. Comte et présenté aux chirurgiens de notre pays par M. Terrillon. Aujourd'hui l'éditeur publie seulement le 1er fascicule du tome premier, d'après la 4e édition allemande ; il est consacré aux maladies du crâne, du cerveau et à celles de la face, mais les autres fascicules suivront rapidement.

Ceux qui connaissent l'ouvrage allemand ont dû être frappés, comme le traducteur lui-même, de n'y pas trouver les chapitres se rapportant à l'ophthalmologie, à l'otologie et à la gynécologie. M. Kœnig a pensé, avec juste raison, qu'aujourd'hui il est désormais nécessaire, pour l'étude de ces questions, de renvoyer à des traités spéciaux dûs à la plume d'auteurs des plus compétents ; nous regrettons qu'en France on ne suive pas encore cet exemple. En voulant tout décrire, on est forcé de traiter certaines questions d'une façon trop légère, trop in-

(1) *Histoire des sages-femmes de Paris et du service d'accouchements à l'Hôtel-Dieu du XVe siècle à nos jours.*

complète, si bien que l'étudiant ne jette jamais les yeux sur ces chapitres qu'il sait trop résumés. Puisqu'il doit recourir forcément à un ouvrage spécial, pourquoi encombrer les Manuels de quelques phrases qui ne peuvent servir à rien? De plus, de par le titre même, on voit qu'il n'y a pas dans le livre de Kœnig de volume réservé à la pathologie chirurgicale générale. Ceci n'a rien qui doive étonner, car les Allemands possèdent des ouvrages où cette partie de la chirurgie est magistralement décrite.

Dans ce premier fascicule, nous signalerons particulièrement ce qui a trait aux traumatismes cérébraux, question à l'ordre du jour, aux anévrysmes cirsoïdes, chapitre à revoir et qui va sous peu, sans nul doute, être modifié notablement. Il préconise pour cette intéressante et rare affection le traitement le plus rationnel, à savoir l'ablation de la tumeur. Peut-être, en ce qui concerne le bec de lièvre, l'auteur aurait-il pu donner des explications pathogéniques plus circonstanciées.

Comme tous les livres traduits de l'étranger, le traité de Kœnig présente quelques défauts; sa lecture n'est pas toujours facile pour le médecin français. Le plan n'est pas tout à fait le même que dans nos Manuels de pathologie externe; aussi le débutant aura-t-il quelque peine à s'y retrouver. Il n'y a pas de chapitres consacrés à l'historique et au diagnostic des affections étudiées. D'autre part les mémoires de nos chirurgiens sont, comme toujours, à peine mentionnés, sauf de légères exceptions (question du trépan). Mais après cette critique disons bien haut que tout ce qui concerne la pratique et le traitement a été écrit de main de maître; c'est d'ailleurs le principal mérite de ce traité classique chez nos voisins. Un ouvrage de ce genre rendra évidemment aux chirurgiens français de grands services, en leur permettant de se rendre compte de l'état actuel de la science chirurgicale en Allemagne, de l'expérience acquise par un des princes de la chirurgie d'Outre-Rhin, opérateur habile, praticien très estimé et antiseptique convaincu; mais les étudiants consulteront avec plus de fruit les livres de nos compatriotes qu'ils connaissent bien d'ailleurs et qu'ils apprécient fort. MARCEL BAUDOUIN.

Leçons cliniques sur le tænias de l'homme; par le Dr BÉRENGER-FÉRAUD. — Paris, O. Doin, éditeur, 1888.

M. le Dr Bérenger-Féraud a pu traiter ce sujet avec autorité et compétence, ayant rencontré de nombreux cas de tænia, tant aux colonies qu'à l'hôpital de St-Mandrier dont il est directeur. Ces affections se rencontrent en effet fréquemment dans les hôpitaux maritimes; c'est ainsi qu'en 24 ans, dans nos cinq ports militaires, on en a relevé 2.782 cas. Etant ainsi placé à la tête d'un grand hôpital, où passent la plupart des malades revenant des colonies, et en particulier du Tonkin et de l'Annam, il a pu recueillir de nombreuses observations et faire des expériences sur les divers médicaments réputés tœnifuges. L'ouvrage comprend l'histoire naturelle, la biologie des tænias, leur symptomatologie, et enfin la thérapeutique. La première partie est traitée longuement et comprend des figures nombreuses qui facilitent l'étude de la structure différentielle du tænia et du bothriocéphale.

La partie biologique contient les chapitres suivants: nutrition motilité, cycle biologique des tænias. A ces chapitres est jointe une étude sur leur disposition géographique. Tous les soins de l'auteur se sont portés sur l'étiologie et la symptomatologie. Dans la première, en dehors de l'étiologie banale, il étudie la durée des tænias, la voie par laquelle ils sont expulsés, la durée entre l'expulsion incomplète d'un tænia, et la réapparition de cucurbitins dans les selles, toutes questions traitées d'une façon fort intéressante. Il en est de même des symptômes, où la description des accidents est faite avec grand ordre.

La partie thérapeutique occupe plus d'un tiers de l'ouvrage; c'est une étude très complète des divers tœnifuges employés jusqu'ici. L'auteur a divisé ces médicaments en: 1° Tœnifuges de premier ordre sous le rapport de l'efficacité (grenadier, fougère mâle, graine de courge, cousso, kamala); 2° Tœnifuges huileux; 3° Mécaniques; 4° Mécanico-chimiques; 5° Inébriants; 6° Tœnifuges d'Abyssinie; 7° Tœnifuges divers. Il attribue la plus grande efficacité à l'écorce de grenadier, prise sur des arbres vigoureux (tronc et branches de 2 à 3 ans). Il est un des premiers qui aient essayé le pelletiérine Tanret, qui a donné entre ses mains d'excellents résultats (75 à 80 0/0 de succès). Il ne donne pas une faveur aussi grande à la fougère mâle, que nous avons vu cependant donner de nombreux succès à l'état d'extrait éthéré, associé au calomel. Dans toutes ses expériences, le Dr Bérenger-Féraud n'a consigné, comme succès, que les cas où la tête du tænia a été retrouvée dans les selles; c'est là une rigueur scientifique que l'on ne peut qu'approuver; mais, souvent, le col du ver se rompt et on sait combien il est difficile de retrouver la tête perdue dans une quantité de matières fécales, souvent d'aspect glaireux. La pelletiérine est donc pour lui le médicament de choix, que l'on ne doit abandonner que dans certains cas, en raison des accidents gastro-intestinaux et nerveux qu'il peut engendrer, à savoir: 1° Chez des individus d'une grande susceptibilité nerveuse; 2° Dans l'état de grossesse; 3° Chez les jeunes enfants. Dans ces cas, on pourra employer la fougère ou la graine de courge, ou avoir recours aux médicaments de la seconde catégorie. Cette étude fort complète et fort intéressante, qui se distingue par l'ordre et la méthode dans l'étude des faits, se termine par un chapitre sur le *modus faciendi* dans l'emploi des tœnifuges et dans la recherche du tænia dans les selles, enfin sur la prophylaxie des tænias.

A. RAOULT.

Le Monde des Rêves; par MAX SIMON, médecin en chef à l'Asile public d'aliénés de Brou. — 2e édition, 1 vol. in-8°, 325 pages. — Paris, J.-B. Baillère et fils, 1888.

Voici un ouvrage dont le titre inspire une vague inquiétude et une défiance curieuse. S'agit-il d'un roman à la Beaudelaire, d'un livre d'analyse à la Spencer, d'un exposé scientifique à la Helmholtz? Le monde des rêves, comme tous les mondes, se prête aux recherches les plus variées, les plus diverses: quelle route l'auteur va-t-il prendre, quelle région va-t-il parcourir? A vrai dire, ceux qui connaissent M. Max Simon, ceux qui ont lu la première édition de son livre, savent bien exactement jusqu'où ils seront conduits; ils savent aussi qu'ils peuvent s'abandonner avec confiance à leur guide, qu'ils s'arrêteront assez tôt pour ne pas être pris de vertige. C'est que dans toutes ces études de psycho-physiologie lesquelles ont aujourd'hui tant de succès, nous sommes habitués à sentir à chaque instant le terrain se dérober sous nos pieds: là où un physiologiste voit des sous, un psychologue voit des louis. M. Simon est de ceux qui voient des sous là où il y a des sous, qui déclarent qu'ils ne voient rien quand vraiment ils ne voient rien. Il écrit donc en savant et non en romancier; il ne mêle pas les rôles alors que, dans un pareil sujet, le mélange cherche à tout instant à s'imposer. Il étudie tout simplement les origines de nos rêves: il se demande quelle est, dans leur formation, la part de notre esprit, de nos sens, de notre organisme. Il recherche, avec la même sûreté de méthode, le mécanisme des hallucinations et des illusions, la genèse du somnambulisme, de l'extase et de l'hypnotisme. C'est de la bonne et saine analyse scientifique qui nous repose de la déclamation trop habituelle dans les études de cet ordre.

Traité clinique des maladies mentales; par le Dr SHÜLE, 3e édition (1886), traduite par les Drs J. DAGONET et DUHAMEL. — Delahaye et Lecrosnier, édit., 1888.

Depuis la traduction française du traité de Griesinger, nous ne possédions en France aucune autre traduction des livres allemands sur l'aliénation mentale. MM. J. Dagonet et Duhamel viennent de combler heureusement cette lacune. C'est le plus récent et en même temps le plus complet des traités de psychiatrie qu'ils ont choisi, celui du Dr Schüle qui, accueilli en Allemagne avec une faveur marquée, en est aujourd'hui à sa troisième édition. Nous n'avons pas à donner ici le compte-rendu de ce traité, dont l'analyse sur le texte allemand a déjà été faite dans ce journal. Le premier fascicule de la traduction française qui vient de paraître comprend les généralités, la mélancolie, la manie et leurs formes diverses, le délire systématisé (*Wahnsinn*) aigu, chronique et avec stupeur, la démence primitive aiguë. Nous ne pouvons que louer l'exactitude scrupuleuse avec laquelle les auteurs ont reproduit le texte original, et aussi trouvé pour chaque dénomination spéciale le synonyme français le mieux approprié. Leur connaissance approfondie de la langue allemande, en même temps que leurs études spéciales sur l'aliénation les mettait à même, mieux que

personne, de mener cette tâche à bonne fin : leur livre a désormais sa place marquée dans la bibliothèque de tous ceux qui s'intéressent à l'étude des maladies mentales. J. SÉGLAS.

Traité pratique de manipulations de physique à l'usage des étudiants en médecine; par G.-E. MERGIER. — Paris, in-12, 1888. — A. Coccoz, éditeur.

Les sciences physiques sont le résultat de recherches matérielles qui reposent sur autant d'expériences de laboratoire. Il n'est donc point étonnant que l'enseignement doive toujours comprendre la manipulation qui représente, en somme, le retour au point d'origine. Les livres de physique contiennent l'exposition coordonnée, plus ou moins claire, mais invariablement un peu abstraite, des faits démontrés; les cours s'attachent à objectiver le plus possible les démonstrations; cependant la sécheresse des uns, la rapidité des autres, laissent souvent dans l'esprit des obscurités que pourra seule dissiper l'expérimentation personnelle. Rien ne vaut la manipulation.

Mais, s'il est aisé d'installer des manipulations, il est difficile de les bien graduer, de les arranger d'une façon méthodique. Et ces difficultés augmentent lorsqu'il s'agit de leur conserver, sous forme de livre, la saveur didactique, saisissante, analytique des leçons de choses. Aussi ne saurions-nous trop louer M. Mergier. En organisant l'exposé de la science vivante, il a su en supprimer l'aridité. Du moins est-ce l'impression que nous a faite la lecture de cette première série consacrée à l'*optique*. En voici l'économie.

Après quelques pages résumant le dispositif général sans lequel les expériences en question seraient impossibles, l'auteur passe successivement en revue les questions fondamentales de l'optique, celles qui précisément se plient le moins à une conception dépourvue du maniement des instruments. Il les divise en cinq manipulations, subdivisées, elles-mêmes, en plusieurs parties, selon les besoins. Ce sont : 1° la photométrie et l'étude des miroirs; 2° les prismes et les lentilles; 3° la vision (optique de la vue, ophthalmoscopie, astigmatisme, instruments grossissants); 4° la spectroscopie; 5° la polarisation et la saccharimétrie. Chaque manipulation est précédée de son sommaire; les propositions caractéristiques et les lois sont écrites dans le texte en italique; enfin les figures et de bons tableaux synoptiques (par exemple à propos des images réfléchies ou réfractées) assurent et la netteté et la sobriété de l'ouvrage. Nécessairement il se rattache au traité du maître, de M. Gariel, mais il le complète, sans le doubler, en ce sens qu'il sert, en s'appuyant sur les bases de la physique générale, à mettre les points sur les *i*, à éclairer l'étudiant en médecine soucieux de comprendre les matières arides de cette partie de la physique qui vient le plus en aide à l'ensemble des sciences médicales. P. KÉRAVAL.

Ozène laryngé; par le Dr ZAKYROGLOU (de Smyrne).

Dans un mémoire intéressant, le Dr Zakyroglou, après avoir retracé rapidement l'histoire des différentes variétés d'ozène, compliqué de lésions secondaires du côté des voies aériennes, décrit une espèce particulière dans laquelle la lésion s'était localisée exclusivement sur la muqueuse laryngée. — Contre cette affection, l'auteur préconise des attouchements du larynx avec un collyre, composé de glycérine, de teinture d'iode et d'iodure de potassium. Il fait prendre, intérieurement, à ses malades, de l'huile de foie de morue créosotée. — Jusqu'à présent nous connaissions trois variétés d'ozène : celui des fosses nasales, de l'arrière-gorge et l'ozène trachéal, décrit par notre ami, M. le Dr Luc. M. Zakyroglou vient ajouter une quatrième variété pouvant s'observer primitivement au niveau du larynx ou consécutivement à une rhinite antérieure. CLADO.

De la suggestion et de ses applications à la pédagogie; par le Dr E. BÉRILLON. — Paris, J. Lechevalier, 23, rue Racine. — in-8, 16 pages, 1888.

Après quelques considérations générales sur l'hypnotisme est sur les procédés d'hypnotisation, l'auteur montre l'utilité de a suggestion pour imposer de bonnes idées aux enfants vicieux ou rebelles.

Nuove ricerche sulla transmissione della voce afona attraverso liquidi di varia natura: del Dr L. SIMONINI. — Modena, 1887.

Après Baccelli et après Krell, l'auteur se demande quelles modifications subit la transmission du son à travers les épanchements pleurétiques de diverse nature : il cherche à diagnostiquer, au moyen de ces modifications, non seulement la quantité, mais la qualité de l'exsudat. Pour cela, il étudie au moyen d'un appareil particulier, l'influence des liquides les plus différents (eau pure, eau chargée d'amidon, pus, eau gommeuse, etc.) : il fait passer, à travers le vase qui renferme ces liquides, des sons d'intensité variable. Il conclut que les sons se transmettent toujours mieux quand le corps qui vibre est plongé dans un liquide; que la transmission du son et de la voix aphone est en raison directe de la température et de la densité du liquide; que les liquides transmettent le son avec d'autant plus de rapidité et d'autant moins d'intensité qu'ils sont moins denses.

Du rôle de l'eau dans la nutrition; par le Dr E. CALLAMAND. — Paris, Octave Doin, éditeur, 1887.

L'eau est le milieu des actes nutritifs : elle n'accroît ni ne ralentit les échanges; elle n'en modifie pas l'équilibre. L'eau ne fait ni engraisser, ni maigrir. Dans l institution d'un régime contre l'obésité ou la maigreur, toute prescription à l'égard de l'eau et des boissons aqueuses est inutile. Telles sont les conclusions les plus générales de cette thèse intéressante faite sous les auspices de M. Debove.

Des anesthésiques pendant le moyen âge; par le Dr DUTERTRE. — Paris, A. Davy, in-8, 26 pages.

Cette brochure fait suite à celle que le même auteur a publiée sur les anesthésiques dans l'antiquité. Elle décrit les différents moyens employés, pour calmer la douleur, par les Arabes, par l'école de Salerne, et par les principaux chirurgiens du moyen âge.

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu (*Suite*).

Voici ce que répondit à la mère Prieure le contrôleur général.

J'ai examiné, madame, avec la plus grande attention, le mémoire que vous m'avez adressé relativement à l'exécution de ce règlement, concernant le service et le régime des nouvelles salles de l'Hôtel Dieu, et Sa Majesté a jugé, sur le compte que je lui ai rendu, que ce règlement qui a été concerté avec le gouvernement dont il remplit les vues, ayant été arrêté d'ailleurs dans une assemblée générale, à laquelle ont assisté tous les chefs de l'Administration de cette maison, devoit être exécuté par provision. Je ne doute pas madame que vous ne preniez toutes les mesures que votre zèle pour le bien du service et votre prudence vous suggèreront pour que les intentions de Sa majesté à cet égard soient exactement remplies. Je viens au surplus de communiquer le mémoire dont il s'agit à l'Administration de l'Hotel Dieu pour qu'elle en fit l'examen, lorsque tous ses membres seront assemblés. Je mettrai sous les yeux du Roi les observations que cette Administration croira devoir faire sur cet objet important, et je m'empresserai de vous faire part des intentions définitives de Sa Majesté à cet égard (1).

Je suis avec respect, etc.

Signé : LAMBERT.

Cette lettre, loin de calmer la fermentation des esprits des sœurs du couvent ne fit au contraire que les exciter. C'est par huissier qu'elles répondirent. Elles envoyèrent au Bureau maître de Ligneul qui vint y lire la sommation suivante :

« Ce jour a été signifié au Bureau, de la part des relligieuses de l'Hotel Dieu un acte, dont la teneur suit :

(1) Cette participation des religieuses à la démolition des règlements faits par les administrateurs est vraiment curieuse. Il est singulier de voir les employés d'une maison vouloir sans cesse réagir contre les ordres des maîtres, à eux imposés par la loi. Chaque fois qu'une nouvelle règle doit être appliquée, les récriminations les plus violentes éclatent de tous cotés. C'est la lutte éternelle et sans répit qui ne s'arrêtera que le jour de l'expulsion complète du clergé dans les établissements hospitaliers.

L'an 1787, le 19 octobre, heure de midy, à la requête de la révérende mère de la Croix, prieure de l'hopital de l'Hotel Dieu, stipulante pour la communauté des discrettes (1) relligieuses sœurs de l'Hotel Dieu, y demeurantes, où elle fait élection de domicile ; nous, Jean Simon de Ligneul, huissier au Parlement, demeurant à Paris, rue des Marmouzets, paroisse saint Pierre aux Bœufs, soussigné avons signiffié et déclaré à messieurs les administrateurs du temporel de l'Hotel Dieu, en leur Bureau d'assemblée, sis Parvis Notre Dame, où nous les avons trouvés assemblés, en parlant à mesdits sieurs administrateurs trouvés assemblés, que madite dame de la Croix, prieure de l'Hotel Dieu, stipulant tant en son nom qu'en celui de toutte sa communauté, a protesté de nullité des articles 23, 41 et 42 du règlement rendu par messieurs les administrateurs le 16 juillet dernier en leur Bureau général d'assemblée, et de l'exécution provisoire qu'on s'efforce de leur donner, sans que les articles de ce règlement ayent receu aucune sanction légale, contre et au préjudice des droits desdites dames requérantes; déclarant en outre qu'elles s'y opposent, et qu'en tant que besoin elles interjettent appel des trois articles de ce règlement, et qu'elles entendent relever leur appel par devant nos seigneurs du Parlement, juges directs et en première instance de touttes les causes de l'Hôtel Dieu, protestant de nullité de tout ce qui pourroit intervenir au préjudice des présentes protestation et appel.

Bon pour pouvoir, SŒUR DE LA CROIX, prieure.

Lesquels nous ont dit pour réponse de remettre la présente signiffication au greffier dudit Bureau, suivant l'usage, à quoi obtempérant, nous avons laissé la présente copie ès mains de maître Varin, greffier dudit Bureau. — Signé : DE LIGNEUL.

Sur quoi la matière mise en délibération, la Compagnie a arrêté que ledit acte demeurera annexé à la présente délibération (2). (*Délibons Reg.* 157 et *Doctns* tome II, p. 205).

A la suite de cet acte d'opposition, M. le controlleur général envoya un projet de mémoire pour tâcher de concilier les choses entre les deux parties. Malheureusement, à cette époque de l'année, une partie des membres du Bureau étaient encore en vacances. On ne put rien délibérer. Les religieuses profitèrent de ces lenteurs pour envoyer, le 12 décembre, au Bureau, un acte d'assignation en la grande chambre du Parlement.

Le 20 décembre 1787, dans une assemblée générale extraordinaire tenue à l'archevêché, les membres du Bureau apprirent les événemenss qui, pendant les vacances, avaient suivi l'exécution du règlement arrêté en l'assemblée du 16 juillet. On prit jour pour le suivant, afin de prendre une connaissance entière des faits accomplis (3).

28 décembre 1787. — La Compagnie assemblée extraordinairement après midy, monsieur Martin a dit que, conformément à la délibération tenue à l'archevêché le 20 du présent mois, il avoit adressé à monsieur le Procureur général, le 22 du même mois : 1° Une expédition de cette même délibération; 2° une expédition de celle du 16 juillet dernier, prise également en l'assemblée générale pour l'exécution provisoire du reglement qui y est annexé ; 3° une copie du récit fait par lui à ladite assemblée générale du 20 du présent mois; 4° une copie du mémoire des religieuses à M. le controlleur général; 5° une copie des observations faites sur ce mémoire et données par M. de la Millière à M le controlleur général; 6° une copie de la lettre écrite par M. le controlleur à la mère Prieure ; 7° l'acte extra judiciaire signifié au Bureau ; 8° copie du mémoire contenant les observations demandées par M. le controlleur général à l'administration, sur celui des relligieuses ; 9° des extraits des mémoires présentés par les *médecins de l'Hotel Dieu* à l'administration, en 1756 et en 1780, sur *les abus qui se commettent dans la manière de nourrir les malades et de disposer des vivres de l'Hotel Dieu* (4). Et que le 23 du présent mois M. le Procureur général lui avoit répondu qu'il avoit receu les mémoires et autres pièces qu'il lui avoit adressées, et qu'il auroit beaucoup de plaisir à causer de cette affaire avec lui et à lui demander lorsqu'il aura pris une connaissance plus particulière de l'objet.

A quoi mondit sieur Martin a ajouté que les observations remises par M. de la Millière à M. le contrôleur général, ainsi que celles envoyées à ce ministre par Mgr l'archevêque au nom du Bureau, n'ayant pour objet que de répondre à ce mémoire des religieuses, il avoit cru devoir faire un projet de suplément de mémoire contenant des observations plus directes sur les nouvelles demandes énoncées dans l'assignation donnée à la requête des relligieuses à l'administration, le douze du présent mois, et à mondit sieur Martin fait lecture dudit projet Surquoi la matière mise en délibération, la Compagnie a arrêté : 1° que le récit fait par mondit sieur Martin à l'assemblée générale, le 20 de ce mois, copie du mémoire envoyé à M. le controlleur général par Mgr l'archevêque, en vertu de la délibération dudit jour 20 décembre et copie des mémoires des médecins, joints audit mémoire, seront annexés à la présente délibération ; 2° que le mémoire dont mondit sieur Martin vient de faire lecture au Bureau adressé au nom dudit Bureau par mondit sieur Martin à mondit sieur le Procureur général, sous le titre de *Supplément au mémoire remis à monsieur le Procureur général,* en vertu de la délibération prise en l'assemblée générale du 20 du présent mois, en lui observant quel en est l'objet et que copie dudit mémoire sera annexé à la présente délibération.

RÉCIT FAIT PAR UN DE MESSIEURS A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ADMINISTRATION DE L'HOTEL DIEU TENUE A L'ARCHEVÊCHÉ, LE 20 DÉCEMBRE 1787.

Monseigneur nous avons eu l'honneur de rendre compte à la Compagnie, les 14 et 16 juillet dernier, de l'état où étoit la construction des nouvelles salles ordonnées par le roi (1), et exécutées à ses frais dans l'Hotel Dieu et nous lui avons annoncé l'ouverture prochaine de ces salles ; nous l'avons instruit du nombre de lits complets que le gouvernement avoit fait faire, non seulement pour ces nouvelles salles, mais encore pour plusieurs autres, ainsi que des ustenciles de toute espèce et du linge qu'il avoit fourni pour les salles nouvelles, et nous lui avons dit que le gouvernement avait fait remettre au Bureau des mémoires dans lesquels il proposoit à l'administration des projets de reglements pour le service et le régime de ces salles, et de celles où il ne seroit établi que des petits lits. Que ces mémoires avoient été remis à des commissaires du Bureau qui, en les combinant avec les anciens reglements et les mémoires relatifs au même objet, que les médecins ont donné en différent temps à l'administration, en avoient formé un projet de règlement qui avoit été examiné et discuté au Bureau, et ensuite communiqué par son ordre aux médecins de la maison et au premier chirurgien, pour y faire les observations dont ils le croient susceptible. C'est après l'examen de ces observations et les changements que le Bureau a cru devoir faire en conséquence, au projet de règlement, qu'il a été proposé à la Compagnie pour être exécuté provisoirement et par forme d'essai. Et le 16 juillet dernier, la Compagnie a arrêté qu'il seroit exécuté provisoirement et à titre d'essai, ainsi qu'il lui avoit été proposé. Il a pour objet *la réforme de plusieurs abus dans la distribution des alimens* qui retardoient la guérison des malades et ruinoient la maison. Les salles ont été ouvertes le 2 août; le nouveau règlement n'a pas tardé à y être exécuté ; une partie des religieuses des nouvelles salles s'y est soumise sans difficulté, quelques autres n'ont pu supporter la présence des chirurgiens chargés par le règlement d'assister à la distribution des alimens, le cahier de visite à la main, et de lire les ordonnances du médecins pour chaque malade, et le 17 du même mois, la mère Prieure écrivit au bureau une longue lettre, contenant quelques plaintes de très peu d'importance contre la manière dont le règlement étoit exécuté et d'autres plus graves sur la conduite de quelques chirurgiens envers les religieuses, relativement à cette exécution, mais sans les nommer. Le Bureau les mande tous, et, en présence du premier chirurgien, mandé aussi à cet effet, il leur fut ordonné, sous peine d'être punis et même renvoyés, de ne pas manquer au respect (2) qu'ils devoient aux religieuses, et d'avoir pour elle tous les égards que leur caractère exigeait, dans la manière d'exécuter les articles du règlement qui les concernoient, et le Bureau leur donna les ordres les plus précis de n'employer que la voix de la représentation et non celle de l'autorité, auprès des religieuses qui ne se conformeroient pas aux ordonnances des médecins dans la distribution des alimens aux malades, et cependant d'en informer le Bureau, et il fut enjoint au premier chirurgien de tenir la main à l'exécution des ordres que le Bureau venoit de donner. La mère Prieure en fut instruite, et depuis ce temps, elle n'a fait parvenir au Bureau aucune plainte contre aucun d'eux ; mais le Bureau, informé qu'une religieuse s'était plaint que le chirurgien de la salle avoit manqué, dans une circonstance aux égards qui lui

(1) Ce qualificatif est charmant !

(2) Le département des hôpitaux était à cette époque sous la direction de M. de la Millière, intendant des finances.

(3) Dans cette assemblée, il avait été résolu : 1° De prendre en considération le mémoire des religieuses ; 2° De remettre au Procureur général l'exploit d'assignation donné par la mère Prieure et les religieuses de l'Hôtel-Dieu, ainsi que les autres pièces relatives à cette affaire, afin d'attendre les décisions de la Cour.

(4) Voyez les pages précédentes.

(1) Lettres patentes du mois de mai 1773.

(2) Le manque de respect des chirurgiens aux religieuses était peu grave. Ces derniers avaient tout simplement voulu faire exécuter les ordres qui leur avaient été donnés par la Compagnie. Refus des religieuses, de là conflit avec les chirurgiens qui sont immédiatement traités d'insolents et de grossiers pour avoir obéi à l'administration.

étoient dus, *fit offrir à cette religieuse de renvoyer le chirurgien*, si elle croyoit sa faute assez grave pour mériter cette punition, et elle désira qu'on lui pardonnât. Cependant le Bureau fut informé que les religieuses avoient adressé à M. l'Archevêque de Toulouse, et à M. le Contrôleur général, un mémoire au sujet du règlement provisoire du 16 juillet, il sceut aussi qu'elles en avaient adressé un à chacun de MM. les chefs de l'Administration (1), et depuis, il s'est assuré que ces derniers mémoires n'étoient pas entièrement conformes à ceux qu'elles avoient adressé aux ministres; ceux-ci contenoient des expressions sur l'autorité et la juridiction du Bureau dans l'Hotel Dieu qu'elles ne se sont pas permises dans les autres. Celui adressé à M. le Contrôleur général fut envoyé le 30 septembre à M. de la Millière, intendant des finances, ayant les hopitaux dans son département. Il ne se trouvait point à Paris pour lors, et le Bureau ne fut exactement informé du contenu en ce mémoire que par la communication qui lui en fut faite par ordre de M. le Contrôleur général le 12 octobre. M. Colombier, chargé de faire cette communication, communiqua en même temps au Bureau des observations sur ce mémoire, qui devoient être mises par M. de la Millière sous les yeux de M. le Contrôleur général, afin de savoir si le Bureau les aprouvoit, le Bureau n'y trouva rien qui ne fut conforme à la vérité, et par sa délibération du même jour, il arrêta :

1° Que la copie du mémoire et celle des observations que M. Colombier lui laissa seroient remises à MM. les Commissaires de l'intérieur, pour en faire leur rapport à la première assemblée après la rentrée du Bureau, et y joindre toutes les observations dont la matière etoit susceptible.

2° Qu'il serait envoyé expédition de cette délibération à M. de la Milière, en le priant d'en informer M. le Contrôleur général et de lui représenter que la vacance du Bureau occasionnant l'absence de plusieurs de ses membres, ceux de messieurs présens avoient trouvé la matière trop importante pour en délibérer seuls.....

En conséquence, nous allons, Monseigneur, faire lecture du mémoire des religieuses, des observations sur ce mémoire, etc., et de l'opposition signifiée au Bureau par les religieuses. (*Et après la dite lecture*). Nous voyons avec douleur cette fermentation dans l'esprit des religieuses et les suites qui en résultent.... Nous voudrions n'avoir qu'à plaindre les religieuses des mauvais conseils qui les ont entrainées dans une démarche aussi peu réfléchie et aussi extraordinaire. Nous voudrions même pouvoir les excuser : *malgré les représentations réitérées de leurs supérieurs spirituels* (2) qui ont fait tous leurs efforts pour les ramener à une conduite plus sage et plus modérée..... Nous avons été informé (à la suite de l'exploit d'assignation) que le Chapitre de Notre-Dame s'étoit assemblé, et avoit chargé plusieurs de ses membres, du nombre desquels étoit M. le Doyen, de se transporter à la Communauté pour la déterminer à se désister de ce dernier acte : leurs efforts ont été infructueux et l'acte subsiste encore. Les religieuses, en demandant d'être maintenues dans l'observation de leurs constitutions, font beaucoup d'autres demandes relatives au gouvernement intérieur de l'Hôtel Dieu, *qui tendent à anéantir l'autorité de l'Administration que les constitutions même reconnoissent*. Elles exposent dans le mémoire qu'elles ont présenté au gouvernement que leurs supérieurs ecclésiastiques, en recevant leurs vœux, sont garants envers elles de la continuation de leurs fonctions, et que de cette garantie nait de leur part l'obligation de les y maintenir, défendre et protéger. Il est vrai que leurs constitutions les mettent dans une dépendance presque totale de leurs supérieurs spirituels pour leur conduite personnelle; on pourroit donc avant tout examiner si elles ont qualité suffisante pour agir en justice en leur propre nom..... Les démarches qu'elles font en leur nom, sans autorisation, *même malgré l'opposition connue de leurs supérieurs* sont de la plus grande conséquence, et méritent d'être scrupuleusement examinées par le ministère public. En effet, l'Hôtel Dieu est un établissement public d'une telle importance, qu'il est impossible de le soustraire à l'Administration publique; les conséquences qui résulteroient de l'*abandonner à une administration privée, telle que les religieuses le prétendent*, sont trop grandes et trop à craindre pour l'intérêt de l Hôpital, et celui de chaque malade en particulier, *pour qu'on puisse donner le moindre degré d'attention à leurs prétentions*.

Du reste, les abus (de l'ancienne administration religieuse) ne sont pas douteux. La longueur des maladies dans l'Hôtel-Dieu, (d'après deux mémoires remis par les médecins de l'Hôtel-Dieu), peut avoir deux causes..... Mais la plus véritable et la plus certaine vient : 1° de la distribution arbitraire et irrégulière des alimens que les religieuses donnent aux malades, trop souvent en grande quantité et sans aucun discernement. 2° De la facilité qu'ils ont de s'en procurer de tous ceux auxquels les religieuses les prodiguent dans toute la maison.....

(1) Nous n'avons pu trouver ces mémoires.

(2) Cette fois, les religieuses en sont venues à ne plus même écouter la voix des chapelains. L indiscipline la plus complète règne au milieu d'elles, et malgré les instances du Chapitre de Notre-Dame, qui cependant, était loin d'être d'accord avec les administrateurs, il est impossible de faire céder le troupeau révolté.

Association générale des étudiants de Paris.

L'Association générale des étudiants de Paris a célébré récemment, au restaurant Vianoy, dans un banquet présidé par M. Bréal, membre de l'Institut, le quatrième anniversaire de sa fondation. Cette œuvre, qui a su grouper autour d'elle, comme membres honoraires, tous les maîtres de la science, des arts et de la littérature, voit sa prospérité s'affirmer chaque année avec plus de force et d'éclat. Elle compte actuellement 2,400 adhérents et 300 membres honoraires environ. Un grand nombre de ces derniers avaient tenu à assister à la fête de leur « chère jeunesse », entre autres MM. de Quatrefages, de l'Institut ; Liard, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique, représentant M. Lockroy ; des professeurs à la Sorbonne ; Chatin, Riban et Velain, professeurs à la Faculté des sciences ; etc.

Après avoir évoqué le souvenir de ceux qui avaient pris la parole les années précédentes à ce banquet, M. Bréal suit les promps et curieux développements de l'association :

« Dans la maison que vous habitez rue des Ecoles, vous êtes des locataires d'un genre à part ; à chaque renouvellement du bail, vous allez trouver votre propriétaire pour lui demander de vous donner un appartement en plus. Ce sera un beau moment, quand, sortant des profondeurs de la cour, vous verrez s'ouvrir devant vous l'espace, et quand. de vos fenêtres, vous dominerez la rue des Ecoles, le Collège de France, l'Ecole de médecine, le Palais de Justice et ces tours Notre-Dame au pied desquelles l'Université de Paris a pris naissance... Songez, ajoute-t-il, qu'à toute heure du jour peut entrer chez vous un étudiant d'Oxford, de Leyde, de Zurich, attiré par la renommée de l'antique Université de Paris, ou rendant quelque visite que vous avez faite. D'après ce qu'il aura vu, il se formera son opinion sur la France !... »

M. Bréal fait ressortir les charmes de l'association et trace un tableau charmant de son «cher quartier Latin ». Il termine par ces mots : « Laissez-moi vous réunir tous dans un commun toast d'amitié et d'espérance. Je bois à l'Association générale des étudiants de Paris, je bois à toutes les associations de nos universités française. »

Dans beaucoup de centres universitaires de province des Associations analogues existent ou sont en train de se fonder. Les étudiants d'Aix viennent d'en créer une à leur tour.

Société médico-psychologique. Récompenses.

Dans sa séance du 30 avril, cette Société a décerné ses prix annuels. En voici la liste :

Prix Esquirol. — Les œuvres d'Esquirol (plus une somme de 200 francs) sont offertes au lauréat. Les conditions de ce concours, annuel, spécifient l'envoi de travaux inédits, basés sur des observations rigoureusement personnelles. Deux mémoires avaient été présentés. Sur le rapport de M. Rouillard, le prix est décerné à M. Arnaud, interne des asiles de la Seine, auteur du mémoire intitulé : *Considérations cliniques générales chez l'homme.* — M. Barthomeuf, interne des asiles de la Seine, obtient une mention honorable pour son *Etude statistique et clinique sur l'hérédité de la folie.*

Prix Moreau (de Tours). — La fondation, d'une valeur de 200 francs, est destinée à récompenser, tous les deux ans, le meilleur travail manuscrit ou imprimé, sur un sujet de psychologie morbide. Les thèses sur les maladies mentales et nerveuses, parues dans le courant des deux années, peuvent prendre part au concours. Quatre thèses et un ouvrage manuscrit avaient été envoyés. La Société, adoptant les conclusions du rapport de M. Chaslin, couronne la thèse de M. Baret : *De l'état de la mémoire dans les vésanies.* En outre, des mentions honorables sont attribuées : 1° A la thèse de M. Tacussel : *Essai sur le tabes moteur* ; 2° A la thèse de M. Aubry : *La contagion du meurtre, étude d'anthropologie criminelle.*

Prix Aubanel. — Ce prix, biennal, le plus important de tous ceux que distribue la Société médico-psychologique, comportait, cette année, une somme de 2,400 fr. La question proposée : *Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme.* Cinq mémoires avaient concouru. Le prix n'a pas été décerné, mais

sur la proposition de M. Seglas, rapporteur de la commission, la Société accorde : 1° Une mention honorable, avec récompense de 1,200 francs, à M. SOLLIER, interne des hôpitaux. 2° Une mention honorable, avec récompense de 800 francs, à M. Legrain, médecin de l'asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).

Prix à décerner aux médecins militaires, en 1889.

Par application des dispositions de la décision ministérielle du 5 juin 1883, instituant des prix en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du corps de santé militaire, le ministre de la guerre a décidé que les sujets traités pour les prix à décerner, en 1889, seront laissés au choix des candidats ; mais ils seront inédits et se rapporteront exclusivement à la médecine ou à la chirurgie d'armée.

Les médecins militaires qui prendront part au concours devront, autant que possible, faire transcrire leur mémoire par une main étrangère, et seulement sur le recto de chaque page.

Les mémoires seront renfermés dans une enveloppe scellée, portant une épigraphe, et cette mention en gros caractères : « Concours pour le prix de médecine et de chirurgie. Ne pas ouvrir. »

L'épigraphe sera répétée sur une autre enveloppe plus petite, scellée de trois cachets à la cire, et contenant la signature, les noms, prénoms, grade et emploi de l'auteur.

Le tout sera placé dans une enveloppe portant comme suscription : « Monsieur le ministre de la guerre. Direction du service de santé. »

Les mémoires devront parvenir directement, et sans aucun intermédiaire, au ministre, avant le 15 novembre 1889.

Pharmaciens de seconde classe.

Circulaire relative à l'ancien régime d'études des aspirants au grade de pharmaciens de 2e classe.

Monsieur le Ministre, adresse la lettre suivante aux recteurs des diverses académies.

Les décrets des 14 juillet 1875, 12 juillet 1878 et 26 juillet 1885, déterminant les conditions d'études imposées aux aspirants aux grades de pharmacien de 1re et de 2e classe, ont abrogé les dispositions du règlement d'Administration publique en date du 22 août 1854, qui n'exigeait que six inscriptions des candidats à la 2e classe, élèves des écoles préparatoires. Cependant, j'ai été informé qu'un étudiant venait d'être admis récemment à subir le premier examen probatoire en ne justifiant que de six inscriptions. Ce fait constitue une infraction grave aux prescriptions actuellement en vigueur et j'ai décidé que, si un cas semblable se produisait de nouveau, l'examen ou les examens subis dans ces conditions seraient annulés. Vous voudrez bien en informer MM. les Directeurs des écoles préparatoires de votre ressort académique et profiter de cette occasion pour leur transmettre des instructions très précises. Aux termes de ces instructions, MM. les secrétaires des établissements dont il s'agit ne devront accepter la consignation pour les examens probatoires qu'après s'être assurés d'une façon certaine que le candidat justifie d'un stage complet et d'une scolarité régulière.

Recevez, Monsieur le Recteur, l'assurance de ma considération très distinguée. Le Ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts. E. LOCKROY.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Etat des docteurs en médecine reçus pendant les mois de mars et avril (année scolaire 1887-1888.)

MM. FLANDRIN : Le régime hospitalier pendant la campagne de Madagascar. La Creuse, bateau hôpital, Bourbon et ses convalescences. — MIALARET : Cancer de l'utérus (étude du manuel opératoire de l'hystérectomie vaginale. — ROQUES : Contribution à l'étude du typhus à bord des navires. — BOURGUIGNON : Goutte et saturnisme dans la marine. — MORIN : Du chloroforme dans le traitement de l'éclampsie. — CARAES : Contribution à la pathologie exotique des Distomes du foie chez l'homme en Extrême Orient. — MENEAU : Contribution à l'étude clinique du processus tuberculeux. — GAUTIER : Contribution à l'ostéoclasie (étude expérimentale, faits cliniques). — AUGIS : De l'instillation de nitrate d'argent dans les affections de l'urèthre et de la vessie de nature blennorrhagique. — PORÉE : Étude analytique des symptômes de la dysentérie aiguë (épidémie observée à Toulon du mois de mai au mois de novembre 1887). — TAUZIN : De la céphalée temporo-occipitale consécutive aux affections du pharynx et de l'oreille. — BUISSON : Contribution à l'étude des fonctions du ligament rond de l'articulation coxo-fémorale.

Note sur les injections conservatrices en usage à l'Institut anatomique de Bordeaux ; par le professeur **A. Bouchard**, (de Bordeaux).

Dans un de nos derniers numéros, dans lequel nous avons raconté l'inauguration de la nouvelle Faculté de médecine de Bordeaux (1), nous avons eu l'occasion de rappeler l'installation de l'Institut anatomique dirigé avec tant d'éclat par M. le professeur Bouchard, ainsi que la façon dont il conserve les cadavres pour les études de dissection. Nous donnons ci-dessous la formule du liquide qu'il emploie dans ce but. Dans la deuxième édition du *Traité d'anatomie* de Beaunis et Bouchard déjà la glycérine boratée était indiquée comme un excellent liquide conservateur ; mais les circonstances ont amené les auteurs à perfectionner leur procédé, dont voici la formule :

Borate de soude hydraté à 10 équivalents d'eau. . 10 kil.
Glycérine à 30° Baumé . . . . 17 —
Ces substances doivent être de première qualité.

Voici la façon d'opérer :

1° Réduire le borax en poudre très fine, passer au tamis de crin n° 0 ; 2° mettre le borate de soude dans un bassin *ad hoc*, en ayant soin de verser peu à peu la glycérine pour faire un mélange intime et éviter des grumeaux ; 3° faire chauffer à une température d'environ 80° jusqu'à dissolution complète du borate de soude, en ayant soin d'agiter constamment ; 4° passer à travers une étamine de flanelle; le liquide est alors sirupeux et se prêterait difficilement à l'injection ; l'étendon, par conséquent, avec de l'alcool pour le ramener à la fluidité voulue. L'injection se fait alors par la carotide ou la fémorale. Pour les sujets autopsiés après l'injection des quatre membres, on plongera le cadavre, le dos en haut, dans une grande cuve contenant un bain de glycérine boratée alcoolisée et on l'y laissera pendant vingt-quatre heures. Toutes les quantités du liquide conservateur salies et mélangées à du sang seront reprises, filtrées au charbon et mises dans un récipient qui contiendra du borate de soude en cristaux concassés. Au bout de quelques jours, on pourra les utiliser à nouveau. (Extrait du *Journal de médecine de Bordeaux*, n° 46, 1887.)

Création d'un asile-ouvroir pour les femmes.

Le Conseil municipal de Paris vient de voter, le jeudi 3 mai, *à l'unanimité*, une somme de 310,000 fr. pour la construction d'un asile-ouvroir pour les femmes. Le projet de cette fondation avait été présenté par M. Cattiaux, au nom de la cinquième commission. L'asile sera situé dans le XIXe arrondissement, rue Fessart, et est appelé à rendre les plus grands services à la nombreuse population de cette partie de la capitale. Le but de cet établissement est d'offrir non seulement une hospitalité de quelques jours aux femmes sans asile, mais encore de leur procurer du travail. La durée du séjour dans l'asile-ouvroir ne devra pas durer plus de trois mois. Il sera aménagé de façon à pouvoir recevoir 200 femmes et comprendra plusieurs bâtiments (réfectoires, dortoirs, ateliers, etc.) La dépense pour chaque femme sera d'environ 0 fr. 90 par jour.

Un moyen d'arrêter le hoquet.

D'une lettre adressée à M. Dujardin-Beaumetz par le docteur Dresch (de Foix), nous extrayons le procédé suivant, conseillé contre le hoquet. Il y a longtemps que j'applique sur moi et les miens un moyen bien simple d'arrêter le hoquet. On est quelquefois fort embarrassé en présence d'un hoquet rebelle, symptôme pour lequel la liste des traitements conseillés est aussi longue que compliquée. Je n'ai pas découvert ce moyen bien simple, et je m'estimerai suffisamment satisfait si j'en suis le vulgarisateur. Je n'ai pu découvrir l'ouvrage où je dois l'avoir déniché. Le voici dans tous les cas tel quel : fermer avec le bout de ses doigts les conduits auditifs externes, en exerçant une certaine pression; boire en même temps, à petites gorgées, un liquide quelconque qu'une personne vous présente, d'une manière commode, dans un verre ou une tasse. C'est tout. Le hoquet cesse instantanément. Je crois qu'il cesse parce que la contracture de la glotte se trouve du coup supprimée. (*Rev. de Thér.*).

(1) Voir *Progrès médical* n° 18, p. 350.

Actes de la Faculté de Médecine.

MARDI 22. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Quenu, Brun ; — (2e *Série*) : MM. Bouchard, Polaillon, Poirier ; — (3e *Série*) : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz ; — (2e partie) : MM. Ball, Legroux, Joffroy. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Peter, Fernet, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Jaccoud, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM Le Fort, Charpentier, Peyrot ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Panas, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Cornil, Dieulafoy, Ballet.

MERCREDI 23. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Ollivier, Reynier, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Déjérine. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Marc Sée, Kirmisson ; — (2e *Série*) : MM. Trélat, Reclus, Segond. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Raymond, Pouchet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Guyon, Delens, Pinard ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Potain, Landouzy, A. Robin ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Straus, Chauffard.

JEUDI 24. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Le Fort, Brun, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Ball, Cornil, Bouilly ; — (2e *Série*) : MM. Duplay, Polaillon, Hutinel ; — (3e *Série*) : MM. Panas, Schwartz, Poirier ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Mathias-Duval, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Peyrot, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Brouardel, Bouchard, Legroux.

VENDREDI 25. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Marc Sée, Reynier, Jalaguier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Delens, Rémy, Brissaud ; — (2e partie) : MM. Gariel, Ch. Richet, Raymond. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : — MM. Guyon, Budin, Segond ; — (2e partie) : MM. Potain, Landouzy, Déjérine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Fournier, Straus, A. Robin.

SAMEDI 26. — (Epreuve pratique). Médec. opérat. : MM. Duplay, Bouilly, Schwartz ; — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Campenon, Quenu ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Mathias-Duval, Ballet ; — (3e *Série*) : MM. Bouchard, Peyrot, Poirier. — 4e *de Doctorat* : MM. Dieulafoy, Fernet, Hutinel.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 24. — M. Lemarinier. La transmission de la variole et l'isolement des varioleux dans les hôpitaux. — M. Robinet. Tuberculose pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde. — *Vendredi* 25. — M. Durel. Essai sur la maladie de Dupuytren. — M. Œconomou. Contribution à l'étude de la varicelle (Spécificité et non inoculabilité). — *Samedi* 26. — M. Bellamy. Contribution à l'étude du traitement des cancers de la langue en général, et du plancher buccal en particulier (Avantages des sections osseuses). — M. Yersin. Etude sur le développement du tubercule expérimental.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hôpital de la Charité, commencera un nouveau cours le jeudi 31 mai, à 8 h. du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5. Ce cours du soir sera le dernier avant les vacances. Ce cours a pour but de mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. Le cours a lieu les mardi, jeudi et vendredi. On s'inscrit 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, chez M. le Dr Latteux, de midi à une heure.

NÉCROLOGIE

M. le Dr MAC EWEN (de Glasgow).

On annonce la mort du célèbre chirurgien écossais William M. MAC EWEN, né à Bute (Ecosse), en 1848. Il étudia à Glasgow où il prit la plupart de ses grades à partir de 1869, et où il fut reçu docteur en médecine en 1872.

Dès 1870, il était nommé, à l'âge de 22 ans, House Surgeon (interne en chirurgie) à la Royal Infirmery ; en 1872, il passait à Belveder Hospital avec les titres de Casualty Surgeon de la ville de Glasgow, puis de Dispensary Surgeon de la Royal Infirm. Puis il devint professeur de clinique chirurgicale et chirurgien de la Royal Infirmery.

On lui doit, entre autres, les travaux suivants :

Wounds in relation to the instruments which produce them ; — *Antiseptic osteotomy for genu valgum*, 1878 ; — *Osteotomy, with an inquiry into the œtiology and pathology of Knock-Knee, bow legs, and other osseous difformities of the lower limbs*, 1880 ; — *Observations concerning transplantation of bone*, 1881 ; — *On the immediate treament of wounds*, 1881 ; — *Chromic gut and chicken-bone drainage tubes*, 1881 ; — *Ovariotomy performed and treated antiseptically* (Glasg. Med. Journ., 1874) ; — *Pathol. and clin. observations on some cases of fracture of skull, and lesion of brain* (Edinb. Monthl. Med. Journ. 1875) ; — *Clin. observations on the introduction of tubes into the trachea through the mouth instead of performing tracheotomy* (Brit. Med. Journ., 1880).

MARCEL BAUDOUIN.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 6 mai 1888 au samedi 12 mai 1888, les naissances ont été au nombre de 1141, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 418 ; illégitimes, 149. Total, 567. — *Sexe féminin* : légitimes, 403 ; illégitimes, 171. Total, 574.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 6 mai 1887 au samedi 12 mai 1888, les décès ont été au nombre de 1027, savoir : 533 hommes et 494 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 2, F. 8 T. 10. — Variole : M. 3, F. 3, T. 6. — Rougeole : M. 5, F. 6. T. 11. — Scarlatine : M. 3, F. 1, T. 4. — Coqueluche : M. 2, F. 2. T. 4. — Diphthérie, Croup : M. 18, F. 32, T. 50. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 120, F. 81. T. 201. — Autres tuberculoses : M. 16, F. 11. T. 27. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 4. T. 4. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 22. T. 39. — Méningite simple : M. 23, F. 21. T. 44. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 27, F. 13. T. 40. — Paralysie : M. 3, F. 3. T. 6. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 5. T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 44, F. 29. T. 73. — Bronchite aiguë : M. 11, F. 20 T. 31. — Bronchite chronique : M. 20, F. 13. T. 33. — Broncho-Pneumonie : M. 16, F. 12. T. 28. — Pneumonie M. 32, F. 43. T. 75. — Gastro-entérite, biberon : M. 15, F. 14. T. 39. — Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 8. T. 15 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 0, F. 1. T. 1. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 5, T. 5. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 12, F. 11, T. 23. — Sénilité : M. 7, F. 22. T. 29. — Suicides : M. 9, F. 4 T. 13. — Autres morts violentes : M. 13. F. 2. T. 15. — Autres causes de mort : M. 102 F. 90. T. 192. — Causes restées inconnues : M. 3. F. 7. T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 85, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 34, illégitimes, 15. Total : 49. — *Sexe féminin* : légitimes, 25 ; illégitimes, 11. Total : 36.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. FABRE-DOMERGUE, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences naturelles, a soutenu, le jeudi 17 mai 1888, à deux heures, dans la salle des examens de la Sorbonne, une thèse ayant pour sujet : « Recherches anatomiques et physiologiques sur les infusoires ciliés. » — M. LARORIE a soutenu, devant la Faculté des sciences de Paris, le 11 mai, à neuf heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, la thèse suivante : « Recherches sur l'anatomie des axes floraux. »

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Avis aux Candidats ajournés avant le 10 juin 1888.* — MM. les Candidats ajournés avant le 10 juin 1888 sont informés que : 1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin ; 2° Les épreuves orales seront renouvelées : à partir du 15 juin, par les Candidats ayant échoué avant le 15 mai ; à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 10 juin. Les Candidats ajournés avant le 15 mai, consigneront jusqu'au 29 mai 1888 inclusivement, dernier délai ; Les Candidats ajournés après le 15 mai et avant le 10 juin, consigneront jusqu'au 12 juin 1888 inclusivement, dernier délai. Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

Nominations. — M. FAUCONNIER, préparateur de chimie à ladite Faculté, est nommé chef des travaux de chimie biologique, en remplacement de M. Bimont, démissionnaire. — M. le Dr NETTER, est nommé chef du laboratoire d'hygiène, à ladite Faculté (emploi nouveau). — M. le Dr MARTIN est nommé chef du laboratoire d'hygiène à ladite Faculté (emploi nouveau).

Faculté des sciences de Dijon. — Un congé d'inactivité, du 1er mai au 31 octobre 1888, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Forquignon, chargé d'un cours complémentaire de chimie à ladite Faculté.

Faculté des sciences de Lyon. — La chaire de physiologie de ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le Dr Arnavielhe, est chargé, du 1er mai au 31 octobre 1888, des fonctions de chef de clinique des maladies des vieillards à ladite Faculté, en remplacement de M. Diffre, démissionnaire.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — *Herborisations.* — M. L. Guignard, professeur, fera sa prochaine Herborisation le dimanche 20 mai. Rendez-vous à la gare de l'Est, à 11 heures pour le train partant de Paris à 11 heures 25 pour la station de Gagny-Montfermeil.

Ecole de médecine de Caen. — Par arrêté ministériel, en date du 7 mai 1888, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1888, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, à l'Ecole de médecine de Rennes.

Ecole de médecine de Dijon. — Par arrêté ministériel, en date du 12 mai 1888, un concours s'ouvrira, le 15 novembre 1888, à l'Ecole de médecine de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier. — M. Courchet, agrégé près ladite Faculté, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année 1887-1888, d'un cours de botanique. — M. Gay, agrégé. est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, d'un cours complémentaire de matière médicale, en remplacement de M. Courchet. — M. Fortuné, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences, préparateur d'histoire naturelle, est chargé, en outre, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1887-1888, des fonctions de chef des travaux de micrographie, en remplacement de M. Gay.

Universités étrangères. — *Faculté de médecine de Kiew.* M. le privat-docent Podwynotzsky est nommé professeur extraordinaire de pathologie générale. — *Faculté de médecine de Vienne.* Sont présentés pour la section de syphilis et maladies de la peau à Budolspital : en 1re ligne, M. le Dr Hébra, en 2e ligne, M. le Dr Finger, en 3e ligne et *ex æquo*, MM. les Drs Riehl et von Zeissl. — *Faculté de médecine de Varsovie.* M. le Dr Fauber, professeur extraordinaire, est nommé professeur ordinaire de médecine opératoire.

Académie de médecine. — *Prix.* — L'Académie de médecine propose pour sujet du prix de l'hygiène de l'enfance, valeur de 1000 francs à décerner en 1889, la question suivante : « De la croissance au point de vue morbide. » Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1889.

Asiles d'aliénés. *A. de Bron.* — Le concours pour une place de médecin adjoint audit asile vient de se terminer par la nomination de M. Eugène Monayon.

Comité d'hygiène de France. — Par décret, en date du 7 mai 1888, le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur est membre de droit du comité consultatif d'hygiène publique de France.

Conseil supérieur de l'Assistance publique de France. — Seront membres de droit de ce conseil : MM. le Procureur de la République de la Seine et le Directeur du commerce intérieur au Ministère du commerce et des colonies. Sont nommés membres : M. Maze, sénateur, en remplacement de M. Naquet, non acceptant; M. Bourgeois, député ; M. Rousselle, président de la commission de l'Assistance publique au Conseil général de la Seine ; M. Strauss, conseiller municipal de Paris ; M. Cheysson, membre du Conseil supérieur de statistique ; M. Deroisin, maire de Versailles.

Distinctions honorifiques. — M. le Dr Mandon, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, est nommé officier de l'Instruction publique.

Fécondité. — Le fait suivant s'est produit à Castagnola, dans le Tessin. Une femme de cette localité a mis au monde six enfants, quatre garçons et deux filles. Cette demi-douzaine de petits être sont nés vivants, mais ils n'ont pas tardé à expirer. La mère a 38 ans, elle a eu déjà plusieurs grossesses multiples, et les enfants vivent encore. Plusieurs médecins de Milan, Côme et autres villes sont accourus sur place et n'ont pu que constater la parfaite exactitude de l'information.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le Dr Lauga est nommé chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-Jean.

Hospice de la Conception a Marseille. — Toujours plaintes au sujet de la sévérité de l'élément religieux. C'est ain qu'un pensionnaire payant aurait été renvoyé parce que la sœur, chargée de la ronde de nuit, l'aurait aperçu fumant une cigarette à 10 heures du soir, dans son lit. Les règlements interdisent formellement de fumer, c'est vrai ; l'article 104 spécifie qu'un premier avertissement doit être donné au malade. Ensuite, en cas de récidive, on le prive de sa ration de vin pendant trois jours au maximum. A la troisième fois, M. le directeur peut le congédier. Or, ces clauses n'ont pas été observées ; aucune enquête n'a eu lieu. La sévérité déployée à l'égard du pensionnaire remercié, viendrait-elle des opinions non religieuses qu'il professait ? A quand donc la laïcisation des services hospitaliers ? (*Petit Provençal*, 10 mai).

Missions scientifiques. — M. le Dr Félix Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission gratuite en Allemagne, en Autriche et en Russie, à l'effet d'étudier certaines questions relatives à l'organisation scientifique des hôpitaux de ces pays. — M. Varat est chargé d'une mission dans la Corée, en vue d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — *Cours.* — M le Pr Daubrée a commencé son cours de géologie, le mardi 15 mai 1888, à quatre heures et quart précises du soir, dans l'Amphithéâtre de la galerie de géologie du Muséum d'histoire naturelle, et le continue les samedis et les mardis suivants, à la même heure. Il traite, cette année, du rôle géologique des eaux souterraines et particulièrement des gîtes métallifères. Il exposera plus tard l'histoire géologique de l'époque quaternaire. En cas d'absence, M. Daubrée sera remplacé par M. Stanislas Meunier, aide-naturaliste, à qui est confiée la direction des excursions géologiques. — M. le professeur A. Milne Edwards a commencé son cours de zoologie (mammifères et oiseaux), le jeudi 17 mai 1888, à dix heures du matin ; il le continuera les jeudis suivants, à la même heure. En raison de l'installation des collections dans les nouvelles galeries de zoologie, le cours aura lieu dans la ménagerie du Muséum d'histoire naturelle. Il sera complété par des conférences. Le professeur traitera des caractères zoologiques et de la répartition géographique des mammifères et des oiseaux, en prenant pour types les espèces vivantes de la ménagerie du Muséum. — M. le Dr H. Beauregard, aide-naturaliste de M. le professeur Pouchet, a commencé le samedi, 12 mai 1888, à neuf heures du matin, dans les galeries d'anatomie comparée du Muséum, des conférences sur l'ostéologie du crâne dans les diverses classes des vertébrés ; il les continuera les jeudi et samedi de chaque se maine, à la même heure.

Nomination d'aides-naturalistes et préparateurs. — M. Phisalix (C.-A.), chef des travaux de zoologie et de botanique de la Faculté des sciences de Besançon, est chargé des fonctions d'aide-naturaliste près la chaire de pathologie comparée audit muséum, pendant la durée du congé accordé à M. Gibier. — M. le Dr Crosnier de Varigny (H.), est nommé préparateur de la chaire de pathologie comparée audit Muséum (emploi nouveau). — M. Richard (Ch.), chargé des fonctions de préparateur de la chaire de zoologie (annélides, mollusques et zoophytes) audit muséum, est nommé préparateur titulaire.

Service de santé militaire. — Par décret, en date du 9 mai 1888, ont été nommés dans la réserve du corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de deuxième classe : — MM. les médecins principaux de deuxième classe de l'armée active retraités : Teinturier et Roy.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités : Cominal, Ollier de Vergèze, Janson, Baldy, Pasquet, Lambert, Ballet, Leblan, Roux et Goguet.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Phisalix, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de pharmacien principal de deuxième classe. — M. Mullet, pharmacien principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de pharmacien-major de première classe. — MM. les pharmaciens-majors de première classe de l'armée active, retraité : Gothon, Villedon-Denaide et Boué.

Service de santé de la marine. — Est nommé : M. le Dr Erhmann, médecin auxiliaire de 2e classe.

Société française d'opthalmologie. — Le prochain Congrès se réunira à une époque qui sera ultérieurement fixée, afin de s'arranger avec l'Association française pour l'avancement des sciences, qui tiendra, en 1890, sa session à Paris. — MM. Chibret et Javal sont chargés de représenter la Société au prochain Congrès international d'Heidelberg.

Souscription a l'érection d'un monument a Jacques Daviel. — Dans sa séance du 17 mai 1888, le Conseil municipal a

l'allocation d'une subvention de 500 fr. « pour l'érection d'un monument à ce bienfaiteur de l'humanité. » — Nous rappelons à nos lecteurs que les souscriptions sont reçues chez M. le Dr Brun, trésorier du comité, 25, rue d'Aumale, à Paris.

Nécrologie. — M. Hannosset, ancien directeur de l'hôpital Beaujon et de l'Hôtel-Dieu, décédé à 83 ans. — M. le Dr Laurent, médecin des bureaux de bienfaisance à Paris, mort le 20 avril, à 80 ans. — M. le Dr Duriez, médecin militaire. — M. le Dr Jouanne, médecin de la marine. — M. le Dr Haas, privat-docent de thérapeutique à la Faculté de médecine allemande de Prague. — M. le Dr Jelatschitsch, professeur de chirurgie à la Faculté de Kasan.

Chronique des hôpitaux.

Hospice de la Salpêtrière. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* : M. le professeur Charcot. Leçons le mardi et le vendredi à 9 heures. — *Clinique mentale* : M. Voisin, le dimanche à 9 h. et demi. — M. le Dr Terrillon continue ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

Hospice de Bicêtre. — *Maladies mentales:* M. Charpentier, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. Bourneville, le samedi à 9 heures 1/2.

Hôpital des Enfants-Malades. — *Médecine* : M. le professeur Grancher. Consultation le lundi. Leçons cliniques le mardi et le samedi. — M. Descroizilles. Consultation le mardi. Leçon de thérapeutique à la consultation. Leçon clinique le vendredi à 10 heures. — M. Ollivier. Consultation le jeudi. Policlinique le mardi et le samedi. Maladies de la peau, le samedi; le vendredi, examen clinique des malades. Le lundi, leçon de clinique infantile. — M. Labric. Consultation le vendredi. — M. le Dr Simon (J.) continue ses leçons de thérapeutique infantile, le mercredi à 9 heures, et ses consultations cliniques le samedi à la même heure. *Chirurgie.* — M. de Saint-Germain. Consultation tous les jours. Leçons de clinique chirurgicale le jeudi.

Hôpital Saint-Louis. — *Chirurgie.* — Service de M. Péan. Consultation le lundi, mercredi, vendredi. Opération le samedi. — Service de M. Ledentu. Consultation, mardi, jeudi, samedi. Opération le mercredi. — Service provisoire, M. Reygnier. Baraques.

Hôpital de la Pitié. — *Médecine.* — M. Dumontpallier. Consultation, mardi. Spéculum, lundi, jeudi. Clinique tous les jours. — M. Cornil. Consultation, vendredi. Spéculum, lundi. Clinique tous les jours. — M. Lancereaux. Consultation, jeudi. Spéculum, samedi. Clinique le vendredi. — M. Brouardel. Consultation, le lundi. — M. Jaccoud. Consultation, le mercredi. Spéculum, le vendredi. Clinique, mardi, jeudi, samedi. — M. Audhoui. — Consultation le samedi. Spéculum mardi, vendredi. *Chirurgie.* — M. Verneuil. Consultation, les mardi, jeudi, samedi. — M. Polaillon. Consultation, les lundi, mercredi, vendredi. Opération, les mardi, jeudi, samedi.

Hôpital Cochin — *Médecine.* — Service de M. Dujardin-Beaumetz. Visite à 10 heures. Consultations les mardis, jeudis, samedis. Leçons cliniques au lit des malades les lundis, mercredis, vendredis. Leçons par les internes du service tous les vendredis. — M. Gouraud. Visite à 10 heures. Consultations les lundis, mercredis, vendredis. — M. Gombault. Visite à 10 heures. Baraques 1 et 3. — *Chirurgie.* — M. Th. Anger. Consultations tous les jours. Visite à 9 heures. — *Accouchement.* — M. Bouilly. Visite à 10 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Avis aux lecteurs et aux éditeurs. — Tout ouvrage dont il nous sera envoyé un seul exemplaire, sera annoncé. Il sera fait, s'il y a lieu, une analyse de tout ouvrage dont nous recevrons deux exemplaires.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain.

Delorme (E.). — Traité de chirurgie de guerre. Tome I. Histoire de la chirurgie militaire française, plaies par armes à feu des parties molles. Volume in-8° de 668 pages, avec 93 figures et une planche en chromo-lithographie. — Prix : 16 fr.

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

Blum (A.). Chirurgie du pied, avec une préface par le professeur Richet. Volume in-8° de 414 pages, avec 115 figures. — Prix : 8 fr.

Lannelongue. — Tuberculose vertébrale, mal de Pott. — Mal vertébral postérieur. — Mal sous-occipital. — Tuberculose sacro-iliaque. — Tuberculose du sacrum et du coccyx. Leçons faites à la Faculté de Médecine et recueillies par le Dr V. Ménard. Volume in-8° de 418 pages, avec 36 figures. — Prix : 12 fr.

Librairie A. DELAHAYE et E. LECROSNIER, Place de l'Ecole-de-Médecine.

Koenig (F.). — Traité de pathologie chirurgicale spéciale. Traduit de l'allemand d'après la 4e édition par J. R. Comte. Ouvrage précédé d'une introduction par le Dr Terrillon. Tome I, 1er fascicule. Volume in-8° de 440 pages, avec 79 figures. — Prix : 7 fr.

Lafosse. — Lavage de l'estomac par les eaux minérales de Vals. Brochure in-12 de 40 pages. — Prix : 0 fr. 50

Moricourt (J.). — Manuel de métallothérapie et de métalloscopie, appliquées au traitement des maladies nerveuses, au diabète et aux maladies épidémiques. Burquisme et magnétisme animal (grand et petit hypnotisme). Volume in-18 de 244 pages. — Prix : 3 fr. 50

Schule (H.). — Traité clinique des maladies mentales. 3e édition (1886). Traduite par les Drs J. Dagonet et Duhamel. Revue et augmentée par l'auteur, préface de M. le Dr H. Dagonet. — Premier fascicule, volume in-8° de 220 pages. — Prix : 4 fr.

De Wecker (L.). et Landolt (E.). — Traité complet d'Ophthalmologie. Anatomie microscopique par les professeurs Iwanoff, Schwalbe et Waldeyer. Tome IV, 2e fascicule. — Maladies du nerf optique, par L. de Wecker. Volume in-8° de 458 pages, avec 124 figures. — Prix du Tome IV : 17 fr. — Prix de l'ouvrage complet : 68 fr.

Librairie MANCEAUX, 12, rue des Trois-Têtes, à Bruxelles.

Barella (H.). — La prostitution considérée dans ses rapports avec le code pénal et les lois du pays. Brochure in-8° de 18 pages.

Brunton (T.-L.). — Traité de pharmacologie, de thérapeutique et de matière médicale. Adapté à la pharmacopée des Etats-Unis, par H. Williams. Traduit de l'anglais sur la 3e édition par Deniau et Lauwers. Tome I. Volume in-8° de 563 pages, avec 163 figures. Prix : 12 fr. 50

Harris (T.). — Manuel d'autopsies ou méthode de pratiquer les examens cadavériques au point de vue clinique et médico-légal. Traduit sur la première édition anglaise et annoté par le Dr H. Surmont. Volume in-8° carré de 90 pages.

Gordon Holmes. — Histoire des progrès de la laryngologie. Traduit par le Dr Calmettes. Volume in-12 de 144 pages. Pr. 2 fr.

Librairie G. CARRÉ, 58, rue Saint-André-des-Arts.

Jaksch (V.). — Manuel de diagnostic des maladies internes par les méthodes bactériologiques, chimiques et microscopiques. Traduit de l'allemand par L. Moulé. Volume in-8° de 354 pages, avec 108 figures.

Association française pour l'avancement des Sciences. 16e session. — Toulouse, 1887. Volume in-8° cartonné de 456 pages. — Paris, 1887. — Au secrétariat de l'Association.

Assuraro (A.). — Studi psico-biografici. — Gerolamo Cardnao ossia il pimo Grado di degenerazione del sistema nervoso. Brochure in-8° de 27 pages. — Milano-Torino, 1887. — F. Dumolard.

Biondi (D.). — (Aus dem hygienischen Institut zu Berlin). Die pathogenen Mikro-organismen des Speichels. Brochure in-8° de 45 pages, avec 2 planches hors texte. — Berlin, 1887. — *Zeitschrift für Hygiene.*

Biondi (D.). — Neue Methode der mikroskopischen Untersuchung des Blutes. Brochure in-8° de 10 pages. — Breslau, 1887. — *Archiv für mikroskop. Anatomie.*

Le Rédacteur-Gérant : Bourneville.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

Le Progrès Médical

HYGIÈNE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le Pr **PROUST**.

Leçon d'ouverture : Musée et laboratoire d'hygiène.

Leçon recueillie et publiée par M. le Dr A.-J. MARTIN.

Messieurs,

L'hygiène possède une place si considérable aujourd'hui dans les préoccupations publiques, elle revêt un caractère si spécial et tend à prendre, parmi les diverses branches des sciences médicales, une telle autonomie, que son enseignement doit également bénéficier de tous les procédés d'étude qui peuvent être mis à sa portée. C'est pourquoi je m'empresse de vous informer des créations que j'ai pu réaliser cette année, dans le but de compléter l'enseignement de ma chaire ; je veux parler du *Musée d'hygiène*, que nous allons inaugurer ensemble dans quelques jours (1), et du *Laboratoire d'hygiène*, qui se construit en ce moment et sera bientôt ouvert. Lorsque mon éminent prédécesseur Bouchardat prit possession de son enseignement, l'hygiène, comme l'avait fait remarquer H. Royer-Collard, était restée stationnaire au milieu du progrès général qui s'accomplissait alors dans les différentes branches de la médecine. Hallé, le premier titulaire de la chaire, s'était borné à en tracer l'histoire ; il n'avait véritablement abordé que l'introduction à son étude, et ceux qui lui avaient succédé, au milieu de vicissitudes de tous genres, n'avaient pas fait effort pour constituer à l'hygiène cette unité de direction que lui souhaitait Royer-Collard, cette méthode, cette pensée générale, comme il disait, que ses forces chancelantes ne lui permirent pas de réaliser lui-même. En donnant pour base rigoureuse à l'hygiène, pour fondement de ses recherches, l'étude des causes, Bouchardat a accompli cette grande réforme ; il en a conquis le mérite par trente années d'un enseignement, à propos duquel il a pu justement dire qu'il espérait « avoir ouvert une voie féconde en fondant l'étiologie synthétique. »

D'un autre côté, Fauvel ouvrait à l'hygiène une voie nouvelle en montrant, à propos des maladies pestilentielles exotiques, quels services elle peut rendre aux gouvernements et aux peuples. Par la hauteur de ses vues, par la sagacité de ses recherches et de ses observations étiologiques et pathogéniques, par la précision des règles prophylactiques qu'il sut en tirer, il a donné à l'hygiène internationale à la fois un corps de doctrine et des moyens d'exécution qui assurent à son œuvre une place importante dans l'histoire de l'hygiène et à son nom la reconnaissance des peuples.

Grâce enfin à notre illustre compatriote Pasteur, le domaine de l'hygiène s'est élargi dans des proportions jusqu'ici inespérées. Chacune de ses découvertes n'a-t-elle pas une conséquence directe et immédiate au point de vue prophylactique ? Toutes ont eu déjà des résultats dont l'hygiène peut revendiquer une grande part. Pasteur ne nous a pas seulement ouvert de nouveaux horizons scientifiques, il a aussi fondé des méthodes de recherches qui nous permettent de déterminer avec une précision plus grande l'influence si complexe des lieux, des milieux et du régime sur la conservation de la santé ; il a établi sur une base rationnelle l'étude scientifique et expérimentale des causes de maladies transmissibles et des moyens de s'en préserver.

Ces progrès successifs ont pour corollaire forcé la création de moyens d'enseignement en rapport avec les modifications qu'ils ont amenés dans les opinions et dans l'étude à la fois scientifique et pratique de l'hygiène. D'autre part, ce n'est pas seulement la mode, mais ce sont aussi les besoins bien compris de notre éducation qui ont donné tant de crédit et de vogue aux leçons de choses. Combien il importe d'en doter également l'enseignement de l'hygiène, on le conçoit sans peine, pour peu que l'on réfléchisse aux multiples exigences de cet enseignement. On l'a dit depuis longtemps, l'hygiène n'est pas une science à proprement parler ; elle constitue bien plutôt un ensemble de connaissances empruntées à toutes les sciences et acquises dans un but commun, celui de la préservation et de l'amélioration de la santé. Elle emprunte à toutes ; si bien que l'hygiéniste doit apprendre de chacune d'elles ce qui importe au but qu'il poursuit. Et comment s'inspirerait-il des découvertes de la physique, de la chimie, de l'art de l'ingénieur et de l'architecte, de la médecine et de la microbiologie ? s'il ne pouvait s'aider, dans l'acquisition nécessaire de son savoir si étendu, par la vue des objets de ses études, par la démonstration expérimentale, en quelque sorte, des problèmes dont il emprunte les solutions et auxquelles il demande des applications nettes et précises. « De même que l'étudiant, a dit M. Vallin en 1879 dans le premier numéro de la *Revue d'hygiène*, qui se destine à la chirurgie, donne une plus grande attention à l'anatomie et à la médecine opératoire, de même celui qui voudrait suivre la carrière de l'hygiène s'appliquerait surtout à la physiologie et à l'épidémiologie ; les études préliminaires terminées, il visiterait les établissements industriels, les habitations collectives : hôpitaux, casernes, écoles, prisons, pour étudier sur place les questions d'encombrement, d'isolement, de ventilation, de chauffage, d'insalubrité provenant des égouts, des latrines, etc. En visitant les habitations privées signalées à l'autorité comme insalubres, il apprendrait à juger, à prévenir ou à corriger ces causes multiples d'insalubrité. Ces expertises sur place, qui sont à l'hygiène ce que la clinique est à l'étude de la pathologie comparée, nécessiteraient une fréquentation des laboratoires de chimie et de pathologie, en rapport sans doute avec ses aptitudes individuelles. L'étude de la statistique médicale et de la législation sanitaire de la France, les voyages ou les missions à l'étranger pour connaître les institutions hygiéniques des autres pays et pour se familiariser avec les exigences et les difficultés pratiques de la police sanitaire internationale, tel serait le complément d'une éducation vraiment professionnelle. »

Le programme que traçait ainsi M. Vallin, il y a plus

(1) Voir Bulletin du *Progrès médical*, n° 20, 1888.

de dix ans, a toujours la même valeur; ce programme s'inspirait des résultats obtenus, dans un certain nombre d'établissements créés à l'étranger, dans le but de former des hygiénistes et il s'inspirait aussi des divers modes d'enseignement dont l'hygiène est aujourd'hui l'objet dans plusieurs pays. Quoi qu'il en soit, et si l'on considère, par exemple, quelques-unes des parties de cet enseignement, on conçoit que le chauffage, l'éclairage, l'aération et la ventilation ne se peuvent enseigner et comprendre qu'à l'aide de dessins et d'appareils, de même que les procédés propres à l'étude étiologique et à la prophylaxie des maladies transmissibles ne peuvent être aisément ordonnés et mis en pratique qu'autant qu'on a pu étudier expérimentalement leur raison d'être et leurs conséquences. Je pourrais multiplier ces considérations; vous avez déjà compris tous les services que nous pouvons attendre de l'examen des collections d'appareils, de modèles.et de dessins qui se trouveraient réunies dans un musée d'hygiène, de même que le laboratoire d'hygiène permettra de poursuivre expérimentalement l'étude des questions si importantes et souvent si complexes, comme nous venons de le voir, qui font l'objet de l'enseignement dans la chaire qui m'est confiée.

La nécessité d'un musée d'enseignement et d'un laboratoire de recherches, annexés à la chaire d'hygiène, a été reconnue depuis longtemps à l'étranger. C'est en 1865 que le professeur Max Von Pettenkofer a été nommé professeur d'hygiène à l'Université de Munich et qu'il a pu, dès son entrée en fonction, joindre un laboratoire à son enseignement. Au bout de quelques années, il est parvenu à obtenir la création d'un Institut spécial, qui fonctionne avec une parfaite régularité. Ce magnifique établissement occupe un bâtiment isolé, qui comprend des laboratoires, des salles de cours et de collections, des logements pour les privat-docent attachés à l'Institut à titre d'assistants. C'est ainsi que j'ai pu y visiter, il y a 18 mois : 1° une grande salle de cours pour les leçons de démonstrations faites aux étudiants en médecine et en pharmacie et aux aspirants à certaines fonctions administratives, ainsi qu'une petite salle de cours pour l'exposé par des privat-docent de certaines branches spéciales de l'hygiène ; 2° un laboratoire pour la préparation des cours ; 3° un grand laboratoire avec annexes pour les travaux pratiques des aspirants aux fonctions de médecins sanitaires de districts ; 4° deux laboratoires de recherches pour le professeur, les assistants et huit ou dix docteurs ou étudiants plus avancés ; 5° des salles de collections de produits chimiques, d'instruments de physique, d'objets usuels, de plans et de modèles ; 6° des logements pour le concierge, les gens de service, les assistants, un cabinet pour le directeur, des magasins et services généraux établis dans un sous-sol bien éclairé, etc. Le personnel de l'Institut se compose, outre deux professeurs et les privat-docent, d'un premier assistant recevant un traitement de 1.500 marcs et ayant le logement gratuit, d'un second assistant au traitement de 1.000 marcs avec logement, d'un mécanicien au salaire de 1.200 marcs et d'un concierge au salaire de 1.000 marcs; les autres dépenses de l'Institut se montent à environ 6 000 marcs par an.

Tout, dans ce remarquable établissement, a été aménagé de façon à pouvoir servir à l'enseignement ; c'est ainsi que les diverses parties de la canalisation sont facilement accessibles; dans l'intérieur des bâtiments, on voit partout dessinées sur les murs ou le sol des flèches qui indiquent la place et la direction des tuyaux servant au chauffage ou à la ventilation ; dans le sous-sol, le logement du concierge sert à démontrer ce que peut l'hygiène pour l'assainissement d'une habitation ; dans la cour, se remarquent des appareils pour mesurer le niveau de la nappe souterraine, pour mesurer la température du sol et pour l'étude de la diffusion du gaz d'éclairage dans celui-ci. Le grand amphithéâtre des cours est ventilé par un appareil ingénieux, sorte d'aérophore, dans lequel un courant d'eau sous pression fait office alternativement d'injecteur et d'éjecteur d'air par l'intermédiaire des deux branches d'un grand siphon en métal. On voit aussi dans cet amphithéâtre un appareil pour la démonstration de la porosité des divers matériaux de constructions, d'après les recherches si importantes de Pettenkofer sur ce sujet. Dans le musée ou salle des collections, ce sont surtout les appareils qui ont servi aux études de cet éminent professeur qui se trouvent représentés, de même que les procédés employés pour les divers travaux sortis de l'Institut.

Cet établissement a servi de modèle à un grand nombre d'instituts et de laboratoires d'hygiène. C'est ainsi qu'aujourd'hui il existe des instituts de ce genre à Munich, Leipzig, Groningue, Buda-Pesth, Amsterdam, Klausembourg, Tokio, Gratz, Berlin, et des laboratoires d'hygiène dans la plupart des Facultés de médecine. Pour retrouver une organisation de l'enseignement de l'hygiène aussi complète et dotée de moyens d'investigations et d'études aussi nombreux, il faut aller à Berlin où, depuis peu, les Instituts d'hygiène de la Faculté de médecine comprennent : 1° un laboratoire, 2° un musée d'hygiène. L'un et l'autre sont placés sous la direction de M. le professeur Robert Koch, assisté, pour le laboratoire, de sept aides dont un préparateur et deux assistants libres et, pour le musée, d'un sous-directeur. Les deux institutions sont réunies dans les bâtiments de l'ancienne Ecole supérieure industrielle.

Le laboratoire présente les dispositions suivantes : 1° au rez-de-chaussée le logement du concierge et des pièces pour le service ; 2° au premier étage un grand et un petit amphithéâtre, des salles renfermant des appareils, modèles et cartes pour le service de l'enseignement, des pièces réservées aux travaux de chimie, diverses salles voisines pour les balances, les recherches spectroscopiques, etc., et, plus loin, l'administration de l'institut ; 2° le second étage est réservé aux recherches microscopiques et bactériologiques ; on y remarque le laboratoire particulier du Directeur ainsi qu'un grand laboratoire pour les préparations des cours ; viennent ensuite une série de chambres pour des recherches personnelles ; enfin il existe encore à cet étage un laboratoire pour les assistants et un logement pour ceux-ci. Les combles sont en partie occupés par les travaux photographiques.

Quant au *musée d'hygiène*, il comprend un ensemble de 37 salles dont 34 sont seulement occupées actuellement, 16 au rez-de-chaussée et 21 au premier étage ; ces salles sont disposées autour d'une cour centrale sur laquelle elles prennent jour, ainsi que sur la rue en façade et une autre cour en arrière, par de larges fenêtres. L'espace occupé par les salles est d'environ 1300 mètres superficiels à chaque étage, soit 2600 mètres en tout. Près de 1300 objets sont disposés dans cet établissement, dont plus de 600 appareils de grandeur naturelle, près de 400 modèles ou plans en relief et à des grandeurs variées d'exécution, 200 cartes et dessins et 45 collections spéciales. La plupart de ces objets pro-

viennent de l'Exposition d'hygiène qui a eu lieu à Berlin en 1883 et à la suite de laquelle ils ont été généreusement abandonnés au gouvernement par leurs propriétaires.

Ce musée, on le voit, a une importance considérable. Bien qu'il renferme un certain nombre d'objets qu'on en pourrait retirer et qu'il présente certaines lacunes qu'il sera facile de combler ; tel qu'il est, il forme à coup sûr une magnifique collection sanitaire. Composé, pour la plus grande partie, d'appareils et de modèles très soignés, de grandes dimensions, on peut estimer sa valeur intrinsèque à une somme de près de six cent mille francs ; mais au-dessus de cette valeur matérielle il en présente une autre bien plus grande encore, c'est celle d'être parfaitement adapté au but auquel il est destiné, à savoir, de permettre l'appréciation par les hommes compétents et par le public des applications ayant pour but l'entretien et la prolongation de la vie et de la santé.

En Angleterre, une société particulière, qui porte le nom de Sanitary Institute of Great Britain a fondé, depuis un certain nombre d'années, un musée public, sous le nom du célèbre hygiéniste Parkes; ses collections sont surtout intéressantes au point de vue de l'histoire des procédés d'assainissement des maisons et des villes, qui a été l'objet de tant de travaux considérables dans ce pays; on y voit aussi une remarquable collection de produits alimentaires. Des salles de conférences et une bibliothèque spéciale attirent un nombreux public, composé en grande partie d'étudiants et de candidats aux diverses fonctions sanitaires que peuvent occuper, en Angleterre, les médecins, les ingénieurs et les architectes, à la suite d'examens spéciaux.

A Turin, M. le professeur Pacchiotti a installé, grâce à sa propre générosité et à quelques subventions de la municipalité, un musée d'hygiène encore peu développé.

Enfin, en France, les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine de province ont cherché à doter leurs laboratoires de quelques collections de produits, d'appareils, de modèles et de dessins qui ne peuvent encore rivaliser avec les installations dont je viens de parler. M. le Dr Bertin-Sans, à Montpellier, est le seul qui puisse donner à l'installation qu'il a pu faire, le nom de musée d'hygiène. M. le Dr Layet pourra bientôt aménager un laboratoire et un musée dans les magnifiques locaux qui lui sont destinés à cet effet dans les nouveaux bâtiments de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Je n'ai pas à vous dire, Messieurs, dans quelle pénurie la Faculté de médecine de Paris s'est jusqu'ici trouvée à cet égard ; je n'avais à ma disposition ni laboratoire, ni musée, ni personnel, ni matériel d'aucune sorte pour mon enseignement. Grâce à l'appui bienveillant et soutenu de M. le Doyen et de M. le Directeur de l'enseignement supérieur, qui ont bientôt apprécié la nécessité d'accorder à l'hygiène des moyens d'étude, j'ai pu obtenir de M. le ministre de l'instruction publique les crédits nécessaires pour l'installation, dans la nouvelle Ecole pratique, d'un musée et d'un laboratoire. Comme je vous le disais tout à l'heure, nous inaugurerons le musée (1) dans quelques jours et le laboratoire sera achevé dans quelques semaines. Ainsi sera complété l'enseignement de cette chaire, dans des conditions qui lui permettront de répondre aux nécessités auxquelles elle a pour mission de satisfaire.

(1) Le musée est actuellement ouvert, 15, rue de l'Ecole de médecine, tous les jours, sauf le dimanche et les jours fériés, de 1 heure 1/2 à 5 heures. Des explications et démonstrations sont faites tous les vendredis, à 2 heures 1/2.

Jamais l'enseignement pratique et démonstratif de l'hygiène n'est devenu plus nécessaire qu'aujourd'hui, alors que nous voyons les questions sanitaires les plus difficiles devenir l'objet de discussions ardentes au sein des assemblées délibérantes. Nous en avons en ce moment même la preuve, à propos de la question de l'*assainissement de la ville de Paris* et du projet de loi qui vient d'être discuté par la Chambre des députés et qui le sera de nouveau bientôt dans le Sénat, afin de continuer sur le territoire d'Achères l'épuration des eaux d'égout, telle qu'elle se pratique depuis plusieurs années à Gennevilliers. La question se résume en ces termes, vous le savez : la ville de Paris envoie ses eaux d'égout, par l'intermédiaire de ses collecteurs, sur les bords de la Seine ; que faire de ces eaux lorsqu'elles sont arrivées à ce point? Continuer à les déverser dans le fleuve, personne ne le veut plus et à juste raison, puisqu'elles infectent l'eau sur un trajet de plus en plus considérable et que l'une des règles fondamentales de l'assainissement, l'une des moins discutées, est de ne jamais salir les cours d'eau. Vaut-il mieux les dénaturer dans des usines de produits chimiques ? Le malheur est que ces usines ne donnent de résultats pécuniaires que si les matières à traiter renferment une faible quantité d'eau et cette condition est, pour des eaux d'égouts, incompatible avec l'assainissement de la maison et de la ville ; de plus, ces usines, même les mieux aménagées et les plus surveillées, répandent des odeurs d'une incommodité telle que les populations riveraines en exigent bien vite la fermeture. Reste la troisième solution : le déversement sur la terre des eaux d'égout dans des conditions et en quantités telles que des sols perméables et aérés puissent les épurer au fur et à mesure de l'irrigation. C'est ce que la ville de Paris fait depuis vingt ans à Gennevilliers et ce qu'elle demande au Parlement à continuer de faire à Achères sur des terrains offrant les mêmes dispositions générales et avec les mêmes garanties.

Les résultats obtenus à Gennevilliers, quelques-uns d'entre vous les connaissent et nous les examinerons de nouveau ensemble dans l'une de nos excursions du samedi. Aussi bien tout a été dit sur cette question, et, pour vous donner une idée de l'opinion qui domine à l'étranger sur les essais ainsi tentés par les ingénieurs de la ville de Paris (1), je préfère vous entretenir en quelques mots des résultats obtenus par la ville de Berlin dans ses champs d'épuration. Je les ai visités l'année dernière, le lendemain même du jour où j'avais vu l'installation du laboratoire et du musée d'hygiène dont je viens de vous parler. Ici, l'étude ; là, l'une des réalisations les plus intéressantes des recherches sanitaires. D'ailleurs, ce sont les faits qui jugent nos théories ; c'est en dernier ressort à la pratique que l'on reconnait la valeur de nos recherches. Qu'on me permette d'ajouter que c'est en 1869 que les études ont été commencées pour l'assainissement de Berlin ; le plan d'ensemble fut approuvé en 1873 ; sa période d'exécution commença en 1874, et, aujourd'hui, le programme tracé est presque complètement achevé. Or, avant de prendre une décision, les personnes choisies par la municipalité pour préparer le projet ont visité l'Europe ; elles sont venues à Paris ; elles ont constaté les premiers résultats obtenus à Gennevilliers. Pendant que nous discutons encore ces résultats et que, dans notre Parlement, une

(1) L'un des créateurs de l'irrigation, à Gennevilliers, M. Alfred Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées, vient de succomber. Nous tenons à consigner ici l'expression des regrets unanimes que cause la perte de cet éminent ingénieur sanitaire.

lutte des plus vives dure depuis plusieurs années pour permettre d'étendre ces mêmes résultats à quelques centaines d'hectares de plus, la ville de Berlin a déjà irrigué 3.182 hectares et presque terminé toute son œuvre d'assainissement intérieur et extérieur ! Du même coup, elle a diminué la mortalité dans les quartiers assainis, en particulier dans les maisons reliées à la canalisation.

A Berlin, l'évacuation de toutes les matières usées se fait à l'aide d'un réseau d'égouts, dont les dimensions varient suivant les besoins et qui reçoivent les eaux des voies publiques, des maisons et des matières de vidange. On a pu ainsi arriver à la suppression des fosses fixes ou des puisards absorbants dans les habitations. Les égouts sont convenablement alimentés d'eau ; en raison de la faible pente du sol, du voisinage de la nappe d'eau souterraine et de la nécessité de n'écouler aucune matière à la Sprée, on a adopté le système dit radial, c'est-à-dire que la ville a été divisée en un certain nombre de districts, conduisant les eaux d'égout à des usines d'où elles sont refoulées sur des champs d'épuration situés en dehors de Berlin. Aujourd'hui, les habitants sont unanimes à réclamer le raccordement de leur maison au réseau général ; c'est une dépréciation pour un immeuble de n'être pas raccordé à la canalisation générale.

Sur 19,193 immeubles, composant la ville, 17,495 sont reliées à la canalisation ; ils sont occupés par 1,146,925 habitants, soit 65 par maison. Le cube d'eau journalier refoulé est de 48 litres 45 par habitant.

41,213,696 mètres cubes sont annuellement déversés sur les 3,182 hectares irrigués, dont 3,120 drainés. La ville possède 5,438 hectares en tout dans ses champs d'irrigation. Les dépenses pour le service de l'irrigation de 2,102,550 francs et les recettes sont de 2,039,462 francs ; les frais de premier établissement se sont élevés à 22,842,026 francs. Si l'on tient compte de tous les services de l'assainissement, canalisation, amenée et distribution d'eau et irrigation, on arrive à une dépense annuelle, pour Berlin, de 7,136,523 fr. et à une recette de 4,603,499 fr., c'est-à-dire à une dépense nette de 2,523,024 fr.

Les environs de Berlin sont essentiellement sableux et arides ; ils reposent sur une couche imperméable située à une très faible profondeur, moins de 1 mètre en beaucoup d'endroits, 1m 50 en moyenne ; la nappe souterraine s'y trouve à des profondeurs variables, mais généralement faibles. Ces conditions, on le voit, sont bien moins favorables que celles des terrains de Gennevilliers et Achères, si bien que la quantité d'eau déversée à l'hectare n'y est que de 13,428 mètres cubes par an, en moyenne. Néanmoins, elles ont permis à la municipalité de Berlin d'assurer l'épuration par le sol sur divers domaines successivement achetés au sud et au nord de la ville. Actuellement, comme je l'ai dit tout à l'heure, les surfaces possédées par la ville s'élèvent à 5,438 hectares, dont 3,182 sont irrigués ; parmi ces derniers, 3,120 sont drainés ; pendant les premières années, comme le terrain est de sable, on avait cru pouvoir se dispenser de drainer ; il y a eu des stagnations ; aussi, depuis huit ans, a-t-on drainé presque partout, comme on l'a fait à Gennevilliers.

Les champs d'irrigation sont les uns au nord et les autres au sud de la ville ; la distribution d'eau s'y opère à l'aide d'un réseau de conduites maîtresses en métal, avec robinets-vannes de distribution et de conduites en poterie, la plupart à ciel ouvert, fermées par des vannes en bois ; on cure de temps en temps les fossés ou rigoles ; les dépôts de curage sont vendus comme engrais aux paysans de la contrée.

La plupart des terrains irrigués servent à la culture et le reste est disposé en prairies ; les terrains consacrés à la culture courante sont aménagés en raies et billon, comme à Gennevilliers, mais avec des largeurs plus grandes. En général, les récoltes sont remarquablement belles ; tous ceux qui les ont vus ont été frappés de trouver, au milieu des plaines arides des environs de Berlin ces magnifiques surfaces verdoyantes, véritables oasis au milieu de déserts de sable. Telle est l'impression qu'ont consignée dans leurs récits, pour ne parler que de nos compatriotes, MM. les Drs Arnould, Vallin, Richard, A.-J. Martin, MM. A. Durand-Claye, Pitsche, Barabant, et que j'ai éprouvée moi-même l'année dernière en compagnie de M. le Dr Netter.

Toutes les plantes potagères possibles, les céréales de toutes espèces sont cultivées sur ces champs, et même des fleurs, telles que des roses et des violettes. Les prairies permettent aussi de nourrir un certain nombre de bestiaux ; on y compte plus de 300 vaches, 300 bœufs et près de 100 chevaux ; le lait se vend à Berlin et il n'a jamais pu être constaté qu'il ait été la cause d'une maladie quelconque. Les arbres fruitiers réussissent à merveille ; il s'y trouve aujourd'hui 28,000 poiriers et pommiers dont les fruits sont d'excellente qualité ; la pépinière possède plus de 100,000 sujets.

C'est la ville de Berlin qui administre elle-même ces domaines ; il n'y en a que de très petites portions qui soient affermées. Elle y occupe 1,500 à 1,800 personnes dont l'état sanitaire est excellent, ainsi que celui des habitants des villes avoisinantes ; on n'y a pas constaté un seul cas de fièvre typhoïde ; il y a eu moins de fièvres intermittentes qu'avant l'irrigation. Au surplus, la municipalité de Berlin a fourni une nouvelle preuve de la confiance que lui inspirait les conditions hygiéniques de ces domaines, en installant sur l'un d'eux, à Malchow, son premier asile de convalescents ; près d'un autre, à Lichterfelde, se trouve l'Ecole des Cadets, dont l'état sanitaire n'a pas cessé d'être parfait depuis le commencement des irrigations.

L'eau des drains est d'une limpidité parfaite ; le cours d'eau qui les reçoit est très clair. Cette eau a bon goût, et l'analyse chimique et bactérioscopique montre qu'elle est bien épurée. Les analyses faites par M. R. Kock ont montré que la quantité de colonies par centimètre cube y varie entre 3,000 et 2,000 colonies ; elle renferme beaucoup moins de matières organiques et d'ammoniaque ; sa teneur en chlorure n'a pas diminué. Il faut 3 grammes de permanganate de potasse au lieu de 22 à 27 gr. ; on y trouve 1 gramme d'ammoniaque au lieu de 8 à 13 gr.

Les indications que je viens de vous donner vous montrent comment on a réussi, à Berlin, à pratiquer la méthode d'épuration des eaux d'égout par le sol, que la Ville de Paris avait appliquée antérieurement à Gennevilliers, les mêmes succès ont été obtenus dans beaucoup d'autres villes, telles que Dantzig, Breslau, etc., en Allemagne, en Italie, en Angleterre ; un certain nombre de villes françaises font également de l'épuration dans des conditions plus modestes, mais avec des avantages tout aussi grands pour la santé publique. On sait le pouvoir épurateur considérable du sol ; si l'on veut éviter les inconvénients, il suffit, lorsque le sol choisi a des propriétés épuratrices suffisantes, d'y déverser les eaux d'égouts renfermant les matières usées de toutes espèces, de manière à ce que l'épuration ait le temps de se faire

d'une façon absolue et normale; ce n'est plus alors qu'une question de dose et de durée et les ingénieurs ont tracé, à Genneviliers et ailleurs, les règles qui doivent être suivies à cet égard. Des expériences bactériologiques deviendront aussi nécessaires pour bien juger la valeur épuratoire d'un sol destiné à l'irrigation.

A propos de cette importante question de l'assainissement qui passionne si heureusement aujourd'hui les esprits, j'ai été amené, Messieurs, à vous raconter ce qu'un récent voyage à Berlin m'avait permis de voir et d'apprendre. Ainsi que je vous le disais, je n'ai pu m'empêcher de regretter que ce soit en pays étranger que la réalisation d'un projet si bien tracé et depuis longtemps résolu par nos ingénieurs ait pu être effectuée aussi complètement et en aussi peu de temps, alors que chez nous elle est encore en suspens. Vous me permettrez de penser que la création des Instituts et des laboratoires d'hygiène si nombreux et si largement dotés en Allemagne, n'a pas été sans influence sur la rapidité des décisions intervenues. Ce n'est jamais sans bénéfice que l'on multiplie les moyens d'instruction. A ce titre, l'exemple que je viens d'exposer plaide, il me semble, en faveur du développement du musée d'hygiène et du laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine, aux travaux desquels je vous engage vivement à prendre part.

OBSTÉTRIQUE

Rupture spontanée du cordon ombilical;

Par **Ch. MAYGRIER**, accoucheur de la Pitié.

Au moment où la question de la rupture spontanée du cordon ombilical est pour ainsi dire à l'ordre du jour, il m'a semblé intéressant de rapporter deux nouveaux faits qui viennent à l'appui des observations présentées à la *Société de médecine légale* le 18 avril 1887 par le docteur Budin.

Les cas dans lesquels le cordon se rompt spontanément pendant l'expulsion du fœtus, la femme étant couchée, sont rares. Ils sont cependant indéniables.

Dans son intéressante communication (1), le docteur Budin, après avoir rappelé les faits publiés par Spæth et Dupuy, a donné l'histoire de deux cas provenant de son service d'accouchements à la Charité.

Depuis, M. le Pr Brouardel est venu signaler à la même Société, le 8 août 1887, deux observations nouvelles qui lui ont été adressées, l'une par le professeur Perret, de Rennes, l'autre par le docteur Bontemps, de Saumur.

Il existe encore dans la science une observation de Koch (2). Une femme accouche dans le décubitus latéral d'une fille vivante à terme. Aussitôt après la sortie de l'enfant, en replaçant la femme sur le dos, on s'aperçoit que le cordon est rompu. Le bout placentaire est dans le vagin; la déchirure s'est faite à 22 centimètres de l'ombilic, et le cordon mesure 39 centimètres de longueur. Voici maintenant les deux faits qui me sont personnels.

L'un d'eux a été consigné par un de mes anciens externes, M. le docteur Mory, dans un mémoire sur les ruptures du cordon, qu'il a lu à l'*Association scientifique algérienne* (section de médecine), le 1er décembre 1887 (3). Il s'agit d'une secondipare amenée dans mon service à la Pitié, le 2 février 1887. Cette femme, arrivée au terme de sa grossesse et ressentant les premières douleurs de l'accouchement, se rendait à pied à l'hôpital, lorsqu'elle fut prise d'une syncope et tomba sur le sol. Elle accoucha ainsi étendue, presque sans connaissance, et les personnes qui vinrent à son secours trouvèrent l'enfant vivant entre ses jambes, le cordon rompu. La rupture siégeait au niveau de l'insertion placentaire. L'enfant pesait 2680 grammes; le cordon mesurait 44 centimètres.

Le second fait est venu par hasard à ma connaissance; mais il m'a été possible d'en reconstituer exactement l'histoire. La femme P., âgée de 32 ans, enceinte pour la troisième fois, parvenue à la fin de sa grossesse, est reçue dans le service de la Pitié, le 18 avril 1888, et accouche normalement, le lendemain de son entrée, d'un gros garçon du poids de 4700 gr. Elle raconte à M. Carrière, élève de garde chargé de présider à l'accouchement et de prendre l'observation, que son premier enfant est né avec le cordon rompu. Un interrogatoire plus minutieux semble démontrer qu'il s'est agi d'une rupture spontanée. La femme P. déclare, en effet, être accouchée sur son lit; elle était dans son domicile, à Charenton, et a été assistée par Mme Truchon, sage-femme. Des renseignements ont été immédiatement pris chez cette dernière, qui s'est parfaitement rappelé le fait, et qui a retrouvé sur son registre d'accouchements, en regard du nom de sa cliente, la mention : rupture spontanée du cordon. Voici les détails fournis par la sage-femme; ils concordent exactement avec ceux qu'a donnés la femme elle-même.

L'accouchement a eu lieu le 5 janvier 1884. L'enfant se présentait par le sommet : le travail a été long, sans que sa durée ait pu être fixée d'une manière précise. Pendant la période d'expulsion, la femme était couchée sur le dos, les jambes et les cuisses fléchies, et poussait vigoureusement. A un dernier effort, la tête sortit brusquement, bien qu'elle fût maintenue par les mains de la sage-femme, et l'enfant fut projeté sur le lit. A cet instant, le cordon se rompit. Cette rupture se produisit dans le vagin à dix centimètres environ de l'insertion placentaire. Le cordon était un peu gras, mais d'une grosseur et d'une longueur normales, et il n'y avait pas de circulaires. Pour effectuer la délivrance, la sage-femme fut obligée d'introduire la main dans le vagin et de saisir le placenta qui se présentait par un de ses bords. L'enfant était volumineux, mais ne fut pas pesé. Il n'y eut pas de déchirure du périnée. Les suites de couches furent normales.

Tous ces faits démontrent la possibilité des ruptures spontanées du cordon ombilical, niées jusqu'ici par les médecins légistes. Peut-être même ces ruptures sont-elles moins rares qu'on pourrait le supposer, puisque, depuis que l'attention a été attirée sur ce sujet par la communication du Dr Budin, voici déjà quatre cas de signalés, ceux des Drs Perret et Bontemps et les deux que je rapporte ici.

Les conditions dans lesquelles se produisent ces lésions du cordon, le mécanisme par lequel elles s'opèrent sont encore à l'étude. Il semble résulter des expériences entreprises à cet égard que le cordon vivant offre une résistance moindre que le cordon vide d'un enfant mort, et que dans certains cas même sa fragilité peut être extrême. Il est permis d'espérer que les recherches poursuivies sur ce sujet feront la lumière pleine et entière sur la pathogénie de ces ruptures dont l'importance médico-légale n'échappera à personne.

(1) Voy. *Progrès médical*, 1887, 2e série, t. V, p. 330.
(2) *Arch. für Gyn.*, 1886, Bd. XXIX, h. 2, p. 283.
(3) *Alger médical*, 9 déc. 1887, p. 343.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des dangers de l'antipyrine.

De même que la langue est la meilleure et la pire des choses, disait Esope, il arrive parfois un moment où le médicament le plus vanté qui, pour quelques-uns, semblait une panacée, est conduit devant le tribunal d'une Académie par un juge qui lui attribue nombre de méfaits. Alors, de nombreux accusateurs surgissent, et l'on fait le procès de l'agent thérapeutique qui se trouve être bientôt, si on les en croit, la cause de tous les maux. Il en a été ainsi pour l'antipyrine. Jadis ce n'étaient que louanges à l'adresse de ce merveilleux médicament. On sait dans combien de cas on l'emploie ; abaissant la température dans la fièvre, il apaise encore la migraine, les douleurs des diverses affections nerveuses, empêche le mal de mer (1), etc. ; on l'a même proposé comme un antiseptique, un antihémorrhagique, etc., etc.

Malgré l'engouement et ces bons effets à son actif, on s'est aperçu que dans certains cas il produisait des phénomènes, sinon graves, tout au moins inquiétants, et pouvant causer des ennuis au médecin ; on a même prononcé le gros mot d'intoxication. C'est M. le professeur Ball qui, au nom du D[r] O. Jennings, est venu relater ces accidents devant l'Académie de médecine. (Séance du 14 février 1888) (2). Puis ce fut M. le professeur Peter qui, dans une clinique sur les médications réfrigérantes dans la fièvre typhoïde, dirigea ses attaques contre l'antipyrine, en même temps que contre les autres « réfrigérents internes » dont l'usage est répandu dans nos hôpitaux.

Nous avons déjà, l'an dernier, dans un revue de thérapeutique, exposé dans ce journal (17 décembre 1887) des accidents semblables à ceux que nous allons relater, rapportés par les D[rs] Forsbrook et Whitehouse et s'appliquant à des jeunes femmes et des jeunes filles. Ces accidents avaient consisté en : douleurs gastriques, effroi, cris, contorsions, puis éruption d'urticaire accompagnée de démangeaisons. Chez une malade il y eut perte de connaissance.

Le cas exposé par M. Ball est celui d'une demoiselle de 67 ans, qui commença le 23 janvier à prendre une dose de 2 gr. 50 d'antipyrine pour un rhumatisme noueux, et continua cette médication pendant 8 jours. Au bout de ce temps, elle fut prise de tuméfaction de la face, qui devint rouge, vultueuse, les paupières étant gonflées, presque entièrement fermées. Bientôt le *rash* se généralisa, envahit les membres, présentant des taches d'un rouge grenat, presque confluentes. En même temps la malade éprouvait des démangeaisons légères. Le lendemain on reconnut la présence d'une conjonctivite catarrhale ; le rash persistait encore, et le pouls qui chez cette femme âgée était normalement à 35, était accéléré et remonté à 70 pulsations par minute. La température était légèrement abaissée, la malade éprouvait une sensation de froid et des tintements d'oreille. Après l'administration d'une faible dose de teinture de belladone, l'éruption disparut, mais il resta de la prostration des forces. Le D[r] O. Jennings a retrouvé des cas semblables cités par Allen Sturge, Whitehouse, Barbes, à la suite de l'administration d'antipyrine à la dose de 0,25 centigr. à 1 gramme. Tous ces phénomènes relatés ci-dessus ressemblent un peu à une poussée d'urticaire, à la suite d'ingestion de moules ; il y manque les violentes démangeaisons et la dyspnée. M. Hardy en a cité un cas semblable avec démangeaisons violentes (Académie des sciences, 21 février), ainsi que M. Mayet à la Société de Thérapeutique (4 mars). Dans ce dernier fait, l'éruption d'urticaire était survenue après l'ingestion de 3 grammes du médicament, et une dose de 0,50 centigrammes ayant été donnée par la suite, on avait observé de la bouffissure de la face et de l'œdème des paupières. Pour M. le professeur G. Sée, qui lui aussi s'est trouvé en face d'un fait pareil, ces accidents sont rares et n'ont pas toute la gravité qu'on leur attribue. Il arrive parfois qu'après une dose de 3 à 4 gr. d'antipyrine continuée pendant huit à quinze jours, le malade soit atteint d'une éruption urticante ou non, qui cesse au bout d'un ou deux jours. Chez l'homme, M. G. Sée l'a observée environ une fois sur 50 cas ; elle est plus fréquente chez la femme (une fois sur 12 à 15 cas). M. Daremberg a surtout trouvé ce *rash* chez des tuberculeux ayant pris de l'antipyrine, mais sans effet fâcheux. Mais ces phénomènes sont tout à fait anodins, et il n'y a pas là d'intoxication à proprement parler. Les faits relatés plus haut sont des exceptions. Cette éruption est analogue à celle qu'on rencontre souvent après l'administration de la quinine, de l'iodure de potassium. Il existe enfin, au bout d'un certain temps de médication par l'antipyrine, une sorte d'intolérance ; à la moindre dose, survient un rash, et il faut alors cesser complètement son administration. On pourrait alors la remplacer avec avantage par l'acétanilide.

En dehors de ces éruptions, d'autres accidents ont été notés, les uns graves comme ceux relatés par M. Peter dans sa clinique (voir *Bulletin médical* du 25 avril), d'après les travaux de M. Humbert Mollière. Dans le premier cas, chez un typhique de 52 ans, survinrent des épistaxis après l'administration continue d'antipyrine pendant 15 jours, et le malade mourut avec du purpura cachectique et dans l'adynamie. La seconde observation est celle d'une femme de 26 ans atteinte aussi de fièvre typhoïde, chez laquelle l'antipyrine aurait été la cause d'accidents urémiques à forme éclamptique, qui ont déterminé sa mort. On peut être autorisé à croire que ces accidents seraient aussi bien survenus chez ces typhiques s'ils n'avaient pas pris d'antipyrine, chez le premier, parce qu'il avait une dothiénentérie à forme hémorrhagique, chez le second, parce que ses reins avaient été touchés par l'infection générale.

Enfin, des phénomènes plus bénins ont été rencontrés : vomissements (1), troubles gastriques, douleurs stomacales, anorexie, dégoût des aliments, lorsque la

(1) Nous reviendrons bientot sur cette question. (M. B.).

(2) Cependant on trouve déjà ces accidents mentionnés dans la thèse de Caravias, 1887 : *Recherches expérimentales et cliniques sur l'antipyrine*, p. 49, 50, 52, 53 et 71. Voir aussi, Laure, in *Revue des maladies de l'enfance*, février 1886.

(1) Pendant notre année d'internat chez M. le D[r] Ollivier, à l'hopital des Enfants-Malades, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs fois chez les enfants, en même temps que les éruptions signalées plus haut, des *vomissements* assez sérieux qui disparurent dès qu'on cessa l'administration de l'antipyrine. (Marc, B.)

médication a été prolongée. M. Hardy a cité des faits de dépression cérébrale, d'oppression cardiaque, de lipothymies, et un d'amnésie ayant duré 18 heures. D'autre part, le Dr Queirel a mentionné un cas de gastrite chronique avec névralgie du trijumeau, dans lequel l'affection gastrique avait été guérie, mais la névralgie subsistait toujours. On prescrivit à la malade de l'antipyrine à la dose de 0,50 centigr. en injection hypodermique, et les douleurs gastriques ne se réveillèrent cependant pas.

D'autres auteurs ont encore noté du refroidissement des extrémités ; il est à remarquer que ces faits portent sur des individus âgés, chez lesquels ce phénomène est monnaie courante. On sait enfin qu'on a recommandé l'usage de l'antipyrine dans l'accouchement, surtout pendant le travail; le Dr Chéron a observé des accidents graves chez une femme enceinte, atteinte de fièvre typhoïde à la suite de cette médication (hypothermie, crampes, difficulté de la parole, dureté [de l'ouïe, obnubilation intellectuelle). Il attribue ces effets à l'état de grossesse dans lequel était la malade. Cependant, le Dr Queirel s'est bien trouvé de l'usage de l'antipyrine à toutes les périodes de la parturition; elle n'a aucune influence fâcheuse sur la marche du travail, accélère celui-ci surtout à la période de dilatation, et facilite l'expulsion qui devient peu douloureuse ; ce médecin ne voit aucune contre-indication à son emploi.

M. Laborde, en exposant devant l'Académie des sciences l'action physiologique de l'antipyrine sur les centres nerveux, a montré qu'elle diminue la perception sensitive et l'excitabilité réflexe.

L'exagération de ces phénomènes produirait des accidents cérébraux et médullaires ; les éruptions observées seraient dues à des troubles vaso-moteurs, de même nature. Ces symptômes doivent donc se rencontrer surtout chez les individus les plus excitables, les plus nerveux ; et, en effet, nous avons vu que ce sont des femmes qui les ont présentés le plus souvent. Cependant, la plupart des enfants, d'après M. Ollivier (Ac. de médecine) supportent parfaitement une dose d'antipyrine de 3 à 4 gr. ; cependant certains présentent des *rash*. Il y a là une idiosyncrasie remarquable. D'autre part, MM. Lépine et Porteret ont montré par des expériences que l'antipyrine augmentait le glycogène dans le foie, arrêtant ainsi la transformation du glycogène en sucre. En regard de cette découverte, MM. Huchard et Dujardin-Beaumetz ont reconnu le bon effet de ce médicament contre la polyurie et la glycosurie. Si nous partons de ces faits, nous voyons que l'antipyrine diminue la sécrétion rénale ; si donc elle est donnée à des individus dont le rein est malade, l'excrétion des produits de désassimilation se fait plus difficilement dans le rein. Il peut alors se produire des intoxications urémiques ; on pourrait ainsi expliquer les faits relatés par M. le professeur Peter. Il est donc nécessaire, comme l'a dit le Dr Reliquot, d'examiner les urines avant de prescrire l'antipyrine.

On peut aussi attribuer les accidents incriminés à l'absence de pureté de l'antipyrine qui, depuis quelque temps, est bien moins préparée, et contient de la benzine. M. le professeur G. Sée l'associe actuellement à du bicarbonate de soude ou à de l'eau de seltz, pour parer à ces inconvénients. Les injections sous-cutanées sont aussi très mal supportées. M. le professeur Ball a recommandé l'usage de la teinture de belladone dans les cas d'urticaire. L'hypothermie cède le plus souvent aux moyens employés ordinairement pour réchauffer les malades.

Il faut espérer que la fabrication française nous donnera des échantillons plus purs d'*analgésine* ou *diméthyloxyquinizine*, qu'elle ne peut nous offrir sous le nom d'antipyrine. L'Académie s'est encore émue de ce que de nombreux pharmaciens distribuaient de l'antipyrine à leurs clients « comme de la réglisse » a dit M. Hardy, sans ordonnance, à tout propos, à toute personne qui se plaint d'une douleur quelconque. Il y a là un abus qu'il faut éviter à tout prix ; le pharmacien ne doit pas répandre ainsi ce médicament, pas plus que la quinine et la morphine.

Nous avons exposé toutes les accusations portées contre l'antipyrine ; nous pouvons toutefois dire qu'elle reste un bon médicament, d'une action sûre, qui doit être manié avec circonspection, et dont l'usage se restreindra certainement quand on en connaîtra mieux les effets, le dosage et l'opportunité. Nous n'aurons plus alors d'accidents, surtout si nous pouvons être absolument certains de sa pureté. A. Raoult.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 mai 1888. — Présidence de M. Janssen.

MM. Gréhant et Quinquaud donnent des résultats de leurs *expériences comparatives sur la respiration élémentaire du sang et des tissus*. Ils ont cherché à savoir si les oxydations se passent dans le sang ou dans l'intimité des tissus, et ils sont arrivés à conclure que le sang est simplement un porteur d'oxygène, que les globules sanguins, au point de vue respiratoire, se comportent autrement que les éléments histologiques.

M. Maximovitch continue, dans le laboratoire de M. Bouchard, ses *recherches sur les propriétés antiseptiques des naphtols* α *et* β. Il établit quelle est la quantité de ces substances qu'il faut ajouter à divers milieux nutritifs pour que les germes fussent privés de la possibilité de se développer lorsqu'on les reporte dans les milieux de culture habituels. Il a expérimenté avec les microbes de la morve, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du micrococque de la pneumonie, du bacille de la fièvre typhoïde, du bacille de la tuberculose, etc... D'après M. Maximovitch, pour affirmer qu'un microbe a été tué par un antiseptique, il ne suffit pas d'établir que ce microbe est incapable de revivre quand on le transporte dans un milieu de culture inerte ; il faut de plus qu'il cesse d'être capable de se développer dans le milieu animal vivant.

M. Bazy signale les *rapports de la dilatation de l'estomac avec les affections chirurgicales*. Il montre, d'après cinq observations, que la dilatation gastrique favorise le développement des complications qui peuvent atteindre les lésions traumatiques, qu'elle leur prépare un terrain favorable en même temps qu'elle peut leur imprimer un cachet de gravité et même de malignité. A côté de l'alcoolisme, du diabète, de l'impaludisme, des affections des reins ou du foie, on peut donc placer la dilatation gastrique comme influençant d'une façon fâcheuse les affections chirurgicales. Il est à peine besoin de rappeler le lien qui, d'après M. Bouchard, existe entre la dilatation de l'estomac et certaines maladies infectieuses.

MM. E. Heckel et Schlagdenhauffen décrivent le *principe actif du Batjeutjor* (*Vernonia nigritiana*), *plante de*

l'Afrique tropicale occidentale. La racine de cette plante contient une substance dont l'action est comparable à celle de la digitaline, quoique quatre-vingt fois moins accusée. Les auteurs désignent ce poison du cœur sous le nom de *Vernonine.*

M. A. LABOULBÈNE lit un mémoire sur les *dommages causés aux récoltes de maïs sur pied par la chenille du Botys nubilalis.* La larve de ce lépidoptère ronge l'intérieur des tiges : l'épi est rarement attaqué par pénétration utérine sans que l'insecte vienne à l'extérieur, contrairement à ce que font d'autres espèces dévorant le grain. Le moyen d'anéantir les insectes dévastateurs d'une future récolte est de recueillir, à l'automne ou en hiver, les vieilles tiges attaquées du maïs et de les brûler soigneusement.

M. JOANNÈS CHATIN indique les *divers anguillules qui peuvent s'observer dans la maladie vermineuse de l'oignon.*

M. SCHUTZENBERGER annonce les résultats de ses *recherches sur la synthèse des matières albuminoïdes et protéiques.* Il rappelle que toute matière protéique traitée à chaud par la baryte fixe les éléments de l'eau et se dédouble en produits de trois catégories : 1° produits du dédoublement de l'urée et de l'oxamide ; 2° leucines; 3° leucémies. Pour arriver à la synthèse, il s'agit donc de provoquer la combinaison d'une molécule de leucine avec une molécule de leucéine et d'unir ensuite, avec élimination d'eau, ces groupements avec une quantité convenable d'urée ou d'oxamide. Or la synthèse des leucines est déjà faite. M. Schützenberger indique aujourd'hui les moyens qui permettent de former artificiellement les leucéines.

MM. A. et P. BUISINE signalent *la présence de l'acide malique dans la sueur des Herbivores.* Cet acide n'avait été jusqu'ici reconnu que dans les produits des cellules végétales.

M. CH. GRAD donne une analyse de son livre sur *le mouvement de la population en Allemagne.* Paul LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 19 mai 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. D'ARSONVAL, étant devenu sourd pendant une heure et demie après avoir fixé un arc voltaïque incandescent, a répété cette expérience avec le même résultat et pense qu'il s'agit là d'un phénomène d'inhibition.

M. CHOUPPE. — A propos de la communication de M. Roger, je rappellerai certains faits expérimentaux que j'ai observés dans ces derniers temps. De ces faits il résulte que si on appliquait rigoureusement à la thérapeutique, ce que du reste n'a pas fait l'auteur, les résultats de M. Roger, on se priverait dans beaucoup de cas d'effets que la clinique peut utiliser.

J'ai pu empêcher les effets toxiques de la strychnine, soit que cette substance ait été administrée en même temps que l'antipyrine, avant ou après cet alcaloïde. J'ai pu de même éviter la mort des animaux après l'intoxication par des doses très fortes de nicotine, à la condition de les avoir mis au préalable sous l'influence de l'acétanilide. Enfin, dans d'autres cas, chez le cobaye, j'ai évité la mort par la strychnine, à dose plus que mortelle, en injectant sous la peau de ces animaux des doses d'antipyrine ou de chloral non toxiques, mais suffisantes pour empêcher les convulsions ou au moins en atténuer beaucoup l'intensité.

Comme conclusion pratique : tout en n'admettant pas de véritable antagonisme toxique, je dirai que dans certains cas l'antagonisme physiologique de diverses substances toxiques me semble pouvoir rendre des services en thérapeutique, en tenant compte toutefois des susceptibilités de race et de la sensibilité individuelle.

M. MALASSEZ fait une communication sur la *pathogénie d'un kyste folliculaire.* Dans la dernière séance de la Société, dit-il, M. Magitot a rapporté l'histoire d'un kyste de la mâchoire survenu chez un enfant de 5 ans 1/2 à la suite d'un coup violent reçu sur les dents. Le coup avait porté sur les deux incisives médianes supérieures et toutes les deux en avaient été ébranlées; au bout de quelques jours l'une d'elles tombait; elle était entière et plusieurs semaines plus tard un kyste apparaissait à la place de la dent tombée. Au fond de la cavité on sentait un corps dur, vraisemblablement la couronne de l'incive permanente correspondante à l'incisive de lait tombée.

M. Magitot regarde ce fait comme un exemple indiscutable de kyste folliculaire et il ajoute que dans sa pathogénie on ne saurait faire intervenir les masses épithéliales paradentaires « Comment, dit-il, un partisan de la théorie épithéliale parviendrait-il à expliquer la production d'un tel kyste ? »

L'explication demandée est bien simple, quand on a présent à l'esprit la disposition et la structure des tissus qui se trouvent sur le trajet de sortie d'une incisive permanente, à la période de dentition où était le petit malade de M. Magitot au moment de son accident.

En avant de la dent on trouve alors un canal osseux, l'*iter dentis,* et dans ce canal le *gubernaculum dentis* au milieu duquel passe forcément la dent quand elle pousse. Ce gubernaculum qui est constitué par des tissus conjonctifs fibreux renferme des masses épithéliales. Celles-ci sont peu nombreuses et peu volumineuses du côté de la gencive, tandis que vers les parties profondes, elles se multiplient, s'agrandissent, s'anastomosent entre elles et forment bientôt une sorte de réseau épithélial qui devient de plus en plus épais et se prolonge sans interruption jusqu'à la dent permanente.

Là elles se continuent avec ce qui reste de l'organe adamantin qui, lui, est au contraire très réduit; de plus, l'on trouve souvent au milieu d'elles, tout à fait au voisinage de la dent, des cavités irrégulières dans lesquelles celle-ci semble s'engager parfois. L'existence de ces cavités est un fait très important, car il nous montre la tendance de ces masses épithéliales à se disposer en revêtement et à former des cavités et, comme la dent en poussant passe forcément au milieu d'elles et de leurs cavités, en sorte que, elles doivent lui former comme une sorte de conduit excréteur qui continuerait et remplacerait la cavité folliculaire. Ces masses proviennent évidemment des bords de l'organe adamantin qui a proliféré au voisinage de la dent qui pousse ; et ce sont elles, qui s'atrophiant plus ou moins dans la suite constitueront les débris épithéliaux paradentaires.

Ce fait étant connus (1), il est facile d'expliquer le kyste dentifère en question. Puisqu'il s'est formé à un moment où la dent s'était vraisemblablement avancé en avant et s'était engagé au milieu de ces masses épithéliales, il y a lieu de supposer qu'il est né, non plus dans la cavité folliculaire ancienne, mais plutôt dans une de ces cavités de nouvelle formation que j'ai trouvé dans les masses épithéliales.

Quant à la saillie de la dent dans le kyste elle est toute naturelle, si au moment de la formation la dent avait déjà pénétré dans la cavité intra épithéliale. Que si, pour une cause ou une autre, elle n'y avait pas encore pénétré, on conçoit que le kyste s'agrandissant, la dent poussant, celle-ci finisse par rencontrer la paroi kystique et le perce comme elle aurait percé la gencive dans des conditions normales.

Evidemment il manque à cette théorie pathogénique le contrôle de l'examen histologique ; cependant, comme il a été fait dans un cas analogue (2) et qu'il aurait été confirmatif, on peut le considérer comme très vraisemblable. La théorie folliculaire serait bien moins satisfaisante ainsi que je l'ai montré précédemment (3).

M. POUCHET a observé un kyste situé à l'extrémité terminale de la dent d'un cachalot ; ses parois étaient tapissées par un épithélium et il s'était très probablement développé à la suite d'une déviation de structure de l'organe adamantin.

MM. P. BUDIN et VIGNAL font une communication sur l'emploi du *naphtol* β *dans l'ophtalmie purulente.* Depuis la publication de M. Bouchard sur les propriétés du naphtol β, ils ont tenté avec ce corps diverses expériences qui

(1) Ils ont été exposés à la *Société de Biologie,* séance du 25 juin 1887.

(2) Albarran. — *Soc. anatom.,* juillet 1887.

(3) *Archives de physiologie,* n° du 30 septembre 1885.

les ont conduits à essayer son application en clinique. Ils ont constaté ainsi que, mis dans un bouillon nutritif ensemencé avec les *staphylocoques pyogenus aureus et albus*, il empêchait complètement le développement de ces micro-organismes à la dose de 0 gr. 1 pour 1000 parties du bouillon. Introduit à la dose de 0 gr. 15 pour 1000 dans les cultures âgées de vingt-quatre, quarante-huit heures et trois jours, par conséquent en plein développement, il les arrêtait.

Le *gonocoque de Neissner* est un peu plus résistant, car il a fallu mettre dans le mélange du sérum sanguin et du bouillon nutritif, dans lequel nous le cultivons, une dose de 0 gr. 15 par litre pour empêcher son développement et pour arrêter sa culture lorsqu'elle avait débuté, une dose de 0 gr. 25.

Ces résultats, comme on le voit, sont sensiblement identiques à ceux que MM. Bouchard et Maximovitch ont obtenus. Encouragés par ces essais, MM. Budin et Vignal ont employé cliniquement le naphtol β et, pour ne mentionner aujourd'hui qu'une seule série de leurs recherches, ils rapportent ce qu'il a donné dans l'ophtalmie purulente. Ils ne se sont pas crus autorisés à l'employer seul, et concurremment ils ont fait usage du nitrate d'argent à 1/30 et à 1/1000. La solution du naphtol était ainsi composée: Eau distillée, 1.000 gr.; Alcool, 1 gr.; Naphtol β, 0 gr. 4.

MM Budin et Vignal rapportent huit observations; la première est relative à une femme atteinte d'ophtalmie blennorrhagique avec chémosis. Les sept dernières sont relatives à des enfants nouveau-nés atteints également d'ophtalmie. Une petite épidémie d'ophtalmie a en effet été observée à la Clinique d'accouchements pendant les premiers jours du mois de mai; elle était due, ainsi qu'une enquête l'a démontré, à ce qu'on n'avait plus pris la précaution de mettre préventivement dans les yeux de tous les nouveau-nés une goutte de collyre au nitrate d'argent.

Ce qui a été le plus frappant dans l'emploi du naphtol, c'est la rapidité de son action: chez les enfants, il n'y a pas eu de gonflement des paupières et la sécrétion purulente a été vite tarie. Chez la femme qui fait l'objet de l'observation I, le chémosis et le gonflement des paupières n'existaient plus après deux jours de traitement.

Pour des raisons qu'on comprendra, MM. Budin et Vignal ne se sont pas crus autorisés à employer le naphtol seul et ont eu simultanément recours à l'action du nitrate d'argent, dont le naphtol leur a paru être un adjuvant très efficace; du reste, ils ont entrepris des recherches expérimentales sur les animaux, pour arriver à savoir si le naphtol β, à la dose dont ils ont fait usage ou à des doses plus concentrées, serait seul suffisamment efficace. L'usage des solutions de naphtol offre-t-il des inconvénients? ils ne le croient pas; toutefois, un peu d'érythème cutané, survenu chez un des enfants, les oblige à quelques réserves. Si on considère que le naphtol est un antiseptique non toxique, très actif et qui n'a pas l'inconvénient de coaguler les matières albuminoïdes, on aura peut-être l'explication des résultats si favorables qui ont été obtenus.

M. Quinquaud remet une note de MM. Arthaud et Butte sur les *lésions organiques consécutives aux névrites du nerf vague*. — M. Gley remet une note de M. Lambling (de Lille) sur un *procédé de dosage de la méthémoglobine*. — M. Giard remet une note de M. Debierre sur *une anomalie du biceps brachial*. — M. Grimaux remet une note de M. Cazeneuve (de Lille) sur *le dosage de l'azote total dans l'urine*.— M. d'Arsonval remet une note de M. Charpentier sur *la perception différentielle des lumière instantanées*.

M. Lataste lit un travail théorique *sur la dentition des Mammifères*. Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

Election d'un membre titulaire dans la section de pharmacie. — Votants : 75. Majorité, 38. Au premier tour de scrutin, M. Moissan est élu par 55 voix contre MM. Quesneville, 6; Villejean, 4; Guignard, 3; Beauregard, 4; Vigier, 1; Yvon, 1; bulletins blancs, 2.

M. Hergott (de Nancy) fait une communication sur une malade atteinte de *fistule vésico-utéro-vaginale*. Il s'agit d'une femme âgée de 34 ans, qui, à la suite d'un accouchement laborieux, ne put retenir ses urines. Elle présenta une vaste perte de substance de la paroi vaginale antérieure : la muqueuse vésicale formait le fond de cette perte et proéminait au dehors. Une sonde de femme introduite dans le canal ressort dans l'aire de la perte de substance. L'uretère gauche était englobée dans du tissu cicatriciel. L'opération fut pratiquée le 3 juillet 1886; une légère incision traça les limites de l'avivement à faire dans la moitié antérieure de la fistule; l'uretère gauche fut isolé, puis replié dans la vessie; une coaptation fermant exactement la vessie fut enfin obtenue à l'aide de plusieurs fils. Le vagin fut saupoudré d'iodoforme et la malade s'est bien rétablie. Cette observation est intéressante et par l'étendue de la perte de substance et surtout par la mortification d'une portion de l'uretère gauche, ce qui nécessita le dégagement du bout de ce canal du tissu cicatriciel qui l'englobait, afin d'obtenir la guérison de la fistule vésico-vaginale.

M. Le Roy de Méricourt poursuit sa communication sur la lèpre, en réponse au travail de M. Ernest Besnier. Il fait remarquer que M. Baëlz (de Tokio) regarde la lèpre au Japon comme une affection non contagieuse ni infectieuse. Dès 1855, M. Le Roy de Méricourt a affirmé l'ancienneté de cette maladie aux iles Sandwich, où elle règne d'une façon endémo-épidémique. Depuis trente ans, l'extension de la lèpre aux Sandwich fournit un puissant argument aux contagionistes; mais il ne faut pas oublier que les conditions de la population ont pu faire passer une maladie endémique à l'état épidémique. Ce n'est pas l'inoculation du bacille qui a été le mode de transmission, puisque tous les contagionistes admettent que l'inoculation de l'homme à l'homme n'a pas encore été constatée. Si la cohabitation conjugale ou sexuelle peut être une cause de la transmission de la maladie, l'endémo-épidémie des Sandwich est plutôt de nature à prouver qu'il faut y joindre des prédispositions particulières, notamment la race. M. Le Roy de Méricourt regrette qu'on ne tienne pas un compte suffisant de l'hérédité, si probable lorsque la mère est lépreuse, si fréquente lorsque la fécondation de la femme a lieu alors que la maladie est déjà avancée. En somme, tout est mystère encore dans l'étiologie de la lèpre. La pratique de l'internement n'a pas donné les résultats qu'on pouvait espérer. Les lépreux, en effet, restent aussi nombreux. La nature du bacille n'a pas fait progresser la question ni dans un sens étiologique, ni dans un sens thérapeutique. La lèpre reste donc une maladie incurable.

M. E. Percepied (du Mont Dore) lit une note intitulée : *Etude sur les microbes contenus dans les eaux du Mont Dore*. Les eaux minérales du Mont Dore contiennent des microbes, dont quelques-uns se retrouvent d'une façon banale dans beaucoup d'eaux non minéralisées : ces micro-organismes paraissent être les mêmes dans toutes les sources. Le nombre de ces microbes semble aller en diminuant à mesure qu'on s'approche du point d'émergence de l'eau, en même temps que leur variété diminue. L'expérience a démontré qu'ils n'étaient pas pathogènes.

M. Brouardel communique, au nom de MM. Bernys, Repas et Biazouris, une série de documents relatifs à une *épidémie de méningite cérébro-spinale* qui a sévi à Nicosie (île de Chypre) et à l'occasion de laquelle l'antipyrine a donné des résultats excellents.

L'Académie se constitue en *comité secret* à l'effet d'entendre la lecture du *rapport* de M. Blanche sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres, sont présentés en première ligne, MM. Magitot et Lereboullet; en deuxième ligne, M. Rivière : en troisième ligne, M. Galezowski; en quatrième ligne, M. Blache fils; en cinquième ligne, M. Corlieu. A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Verneuil dépose sur le bureau le cinquième volume de ses *Mémoires de Chirurgie*, qui contient ce qu'il a écrit jadis sur la contusion, la commotion, le tétanos, les rapports de la syphilis avec les lésions traumatiques.

M. Terrier dépose sur le bureau une observation d'*opération d'orteil en marteau.*

Suite de la discussion sur la castration pour tumeurs fibreuses utérines.

M. Terrillon a déjà publié un certain nombre d'observations se rapportant à ce sujet à la *Société d'Obstétrique* et au dernier *Congrès de Chirurgie*. Il a fait huit fois cette opération, et dans les huit cas le succès a été complet au point de vue de la cessation des hémorrhagies (voir *Prog. méd.* n° 12, 1888).

On a laissé de côté, de parti pris, dans la discussion la question des indications; il croit bon cependant de dire quelques mots à ce sujet :

1° Pour lui, toute femme qui a par le fait d'un fibrome moyen des hémorrhagies utérines, a une cavité utérine augmentée, dans le sens vertical au moins. Quand la cavité de l'utérus a de 10 à 14 centimètres, il y a des hémorrhagies intermittentes, des pertes sanguines momentanées, non continues. Quand elle atteint de 15 à 23 centimètres, les hémorrhagies sont pour ainsi dire continues et sont accompagnées d'un écoulement constitué par des mucosités sanguinolentes. 2° La castration rend surtout de réels services quand la cavité utérine a des proportions relativement minimes; quand cette cavité est trop grande, la castration ne vaut rien. Il faut avouer d'ailleurs qu'on a déjà dit cela, mais sous une autre forme. On a dit, en effet, que lors de grosses tumeurs fibreuses. c'est-à-dire d'utérus à grande cavité, il est très difficile de pratiquer l'opération de Battey, en raison de la peine que l'on éprouve à trouver les ovaires. 3° Il peut se rendre compte de la longueur de la cavité de l'utérus en même temps que de sa direction en employant l'hystéromètre spécial qu'il a fait construire. Avec les autres hystéromètres, toute mensuration est impossible; les bougies, les sondes fournissent des données inexactes, car elles peuvent se fléchir ou se loger dans des anfractuosités. Puis M. Terrillon cite deux faits pour prouver ce qu'il vient d'avancer.— Il termine en insistant sur deux autres points: 1° la fréquence des altérations de la trompe et des ovaires lors de fibromes utérins. Trois fois sur huit cas il a noté deux salpingites simples et une hémosalpingite. 2° la difficulté de trouver les ovaires, ce qui donne un caractère spécial à cette opération. Mais, avec un peu de patience et de soin, on peut parfois extirper ces organes qui, au début, paraissaient impossibles à enlever.

M. Richelot pense qu'en présence d'un corps fibreux de moyen volume le chirurgien doit se conduire ainsi : d'abord faire une laparotomie exploratrice, puis une opération de Battey ou une hystérectomie abdominale, suivant les cas. Mais, dans certaines conditions, par exemple lors de fibromes rétro-utérins ou pelviens, d'utérus bourré de fibromes, on doit faire l'hystérectomie vaginale de préférence à la castration, toujours difficile dans ces cas. Il rapporte trois observations qui montrent qu'on peut agir ainsi. Dans les cas d'utérus bourré de fibromes, on peut parfois tenter l'énucléation des tumeurs. M. Richelot recommande de procéder de la façon suivante pour la suture abdominale : d'abord suturer au catgut le péritoine, puis les aponévroses, les muscles, enfin la peau. Cette suture à étages donne une cicatrice plus régulière.

M. Terrier a fait 7 opérations de Battey pour des tumeurs fibreuses utérines. La première et la troisième opérées présentaient en même temps un kyste de l'ovaire. Il a enlevé l'ovaire sain à chacune de ces deux malades pour déterminer l'atrophie des fibromes. La première malade, opérée depuis trois ans, va un peu mieux, mais souffre encore un peu et son fibrome n'a pas diminué. La troisième, atteinte de fibrome et de tumeur papillaire de l'ovaire, chez laquelle l'extirpation de l'ovaire sain fut fort difficile, eut ses règles quatre mois après l'opération. M. Terrier en conclut qu'il a dû laisser un peu d'ovaire. Les métrorrhagies cependant ont cessé. Ainsi donc voilà deux observations dans lesquelles l'opération de Battey n'a été qu'une chose accessoire. — Les 5 autres cas se décomposent ainsi : 1° une castration pour un utérus gigantea, à cavité utérine énorme, secrétant un mucopus considérable, impossible à désinfecter. L'opération fut faite sur une femme exsangue (à laquelle on fit perdre à peine une cuillerée de sang), c'est-à-dire dans des conditions très défavorables ; elle ne dura que trente-trois minutes et fut facile. L'hémostase fut obtenue ; mais il survint un léger accident le vingt et unième jour, à savoir un abcès profond à droite, par inoculation de la trompe de ce côté. Cette observation montre que les remarques précédemment faites par M. Terrillon n'ont peut-être pas toute la valeur qu'il leur attribue. 2° Dans les quatre autres cas, il s'agissait : deux fois de tumeurs fibreuses simples et deux fois de fibromes compliqués de salpingite. Dans les deux cas de fibromes simples, l'opération fut très facile et les résultats sont très satisfaisants. Il n'en a pas été ainsi pour les deux dernières malades. L'opération a duré une heure trois quarts pour chacune M. Terrier conclut de ces faits que ce qu'il est important de savoir, quand on songe à une opération de Battey, c'est l'état des ovaires. En effet, dans les cas où il y a salpingite, toujours l'opération est difficile et très grave, aussi grave presque que l'hystérectomie. Malheureusement aujourd'hui il est impossible ordinairement de diagnostiquer l'état des ovaires avant la laparotomie. C'est là le point capital sur lequel M. Terrier tient à insister. — Il a en réalité observé deux fois la désunion de la cicatrice, une fois au septième jour, une autre fois au onzième jour. Il pense que le mauvais état général peut, de même que la présence de la tumeur abdominale, expliquer pourquoi la cicatrisation de la plaie se fait mal, pourquoi on note des cas de désunion.

M. Pozzi fait la rectification suivante : On a tort de croire que la dénomination « opération de Battey » doit s'appliquer à la castration faite dans un but antihémorrhagique. Battey a fait la castration dans un but anti-névropathique, pour supprimer les douleurs, pour guérir même la folie, etc. Ce sont MM. Trenholme (d'Indiana, Australie) et Hégar qui ont recommandé la castration dans un but hémostatique, c'est-à-dire pour arrêter les hémorrhagies utérines. Lawson Tait a eu aussi le mérite de recommander cette opération pour combattre les accidents inflammatoires d'origine utérine (métritiques), c'est-à-dire dans un but antiphlogistique, si l'on peut parler ainsi.

La fin de cette discussion est remise à la prochaine séance.

M. Chavasse lit une observation intitulée : *Ostéomyélite de la tête humérale, suite de contusion. Résection de l'épaule. Ostéomyélite du fémur pendant la convalescence sans cause appréciable.*

M. Brun rapporte deux observations d'*anévrysmes poplités guéris par la ligature antiseptique de la fémorale.*

M. Schwartz montre une *tumeur du sein* ainsi constituée : au centre, un adénome, au pourtour du sarcome fusocellulaire, et à la périphérie une sorte de collier formé de petits kystes ; cette partie est identique aux lésions de la maladie kystique. Marcel Baudouin.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 11 avril 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Huchard observe depuis le 8 février une malade qui, au début de son observation, ne rendait pas moins de 28 litres d'urine par jour. Grâce à l'antipyrine elle n'urine plus aujourd'hui que trois litres. La dose de médicament associé au bicarbonate de soude a été de 2 à 6 grammes. L'essai comparatif de diverses autres substances a nettement montré que ce succès devait être attribué à l'antipyrine.

Chez un polyurique simple, anazoturique, le taux de l'urine de 10 litres est descendu de moitié au bout de cinq jours.

Chez un diabétique qui rendait 800 grammes de sucre par jour et onze litres de liquide le 17 mars, il ne rendait plus le 21 mars, après administration de six grammes d'antipyrine par jour, que trois litres de liquide et 66 grammes du sucre par litre. Ces résultats sont comme on le voit des plus encourageants.

M. Dujardin-Beaumetz, en administrant 2 grammes d'antipyrine par jour, a également obtenu des résultats très satisfaisants dans la polyurie. Toutefois, M. A. Robin lui aurait dit que si l'antipyrine fait disparaître le sucre elle favorise au bout de quelque temps l'apparition de l'albumine dans les urines.

M. Huchard n'a pas observé cette complication qui du reste se montre souvent dans le diabète, traité de toute autre manière.

M. Brémond lit une note sur les bons effets du traitement térébenthiné sur l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, résultats favorables qu'ont constaté MM. Fernet et Hénocque.

Gilles de la Tourette.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 25 avril 1888. — Présidence de M. Bouvard.

M. Mangenot offre un travail sur l'*inspection médicale des écoles*. — M. Debout présente un mémoire sur l'*hôpital des baraques de Saint-Pétersbourg*.

MM. Napias et Dubrisay. — Les *hôpitaux d'isolement en Europe*. Ces auteurs ont fait une laborieuse enquête sur ces hôpitaux d'isolement dans les différents pays d'Europe. Ils ont montré que les hôpitaux spéciaux sont encore extrêmement rares dans les divers pays de l'Europe. Les pavillons isolés dans l'enceinte des hôpitaux généraux sont beaucoup plus nombreux; ils constituent pour les hôpitaux de petites villes, c'est-dire, dans le cas le plus ordinaire, la solution la meilleure; mais elle n'est acceptable qu'avec une surveillance très étroite et des mesures de désinfection bien prises. Les services séparés dans les bâtiments de l'hôpital, les salles réservées qu'on trouve si souvent encore dans les hôpitaux de tous les pays, doivent être absolument condamnés. La plupart des pavillons et des hôpitaux d'isolement ont été construits depuis moins de 10 ans; quelques-uns remontent à une quinzaine d'années; les service isolés sont parfois plus anciens.

Sur ce terrain, le progrès est manifeste; il ne se borne pas à l'isolement, et des précautions relatives à l'hygiène sont chaque jour plus nombreuses : les administrations hospitalières et les autorités sanitaires cherchent de ce côté les moyens de suppléer à ce que l'isolement peut avoir d'incomplet et parfois d'illusoire. L'isolement est un moyen prophylactique qu'il faut garder, perfectionner et compléter; il sert à écarter pendant un temps un mal qu'on ne parvient à détruire que par la désinfection, et, s'il s'agit de la variole, par la vaccination et la revaccination obligatoires.

Il n'y a pas en Europe un seul pays où la question de l'isolement des contagieux ait été complètement et rigoureusement résolue. Chaque pays a non seulement ses opinions, mais aussi ses habitudes; l'accord n'est pas fait même sur les maladies qu'on doit isoler. Si partout on veut isoler le choléra, la diphthérie, la variole, il existe encore des pays qui n'isolent pas la scarlatine; d'autres, plus nombreux, qui n'isolent ni la rougeole ni la coqueluche. Dans quelques pays on isole aussi les malades de fièvre typhoïde, ce qui est exagéré. Plusieurs pays isolent les dysentériques (Danemarck, Norwège, Hollande); les phthisiques sont isolés dans d'autres pays d'une façon plus ou moins sérieuse. Les maladies qu'on doit isoler ne devraient comprendre que la variole, la scarlatine, la rougeole, la diphthérie, le typhus et le choléra.

M. Ledé. — *Quelques réflexions sur l'application de la loi Roussel* (protection des enfants du premier âge).

M. Monod. — La loi Roussel n'est pas appliquée dans un grand nombre de départements. M. Monod demande que la Société de médecine publique s'occupe de cette importante question et qu'une Commission spéciale soit nommée à cet effet.

M. Thoinot. — *Epidémie de fièvre typhoïde du Lycée de Quimper* (sera publiée). La Société procède à l'élection de deux nouveaux membres, MM. Varnier et Vaquez.

A. Martha.

Congrès des médecins et chirurgiens américains. — Le premier Congrès des médecins et chirurgiens américains aura lieu à Washington les 18, 19, 20 septembre 1888.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES

Congrès de Paris du 23 mai 1888.

Le *Congrès des Sociétés savantes* est réuni actuellement à Paris. Nous donnons ci-dessous, d'après le *Temps*, quelques-unes des communications qui ont été faites dans la section des *Sciences*.

M. le Dr E. Decaisne communique une note relative à la *dipsomanie* chez la femme. et il explique aussitôt ce titre. L'ivrognerie, dit-il, c'est l'habitude de s'adonner à la boisson, sans que l'individu qui s'y livre cesse de jouir de son libre arbitre. La *dipsomanie*, au contraire, est un état pathologique qui abolit presque la liberté morale, et dans lequel le malade est poussé, malgré lui, à ingérer avec excès des boissons fortes. Les ivrognes s'enivrent quand ils en trouvent l'occasion; les dipsomanes s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend.

L'auteur étudie la dipsomanie exclusivement chez les femmes; ses observations, au nombre de cinquante-quatre, se résument ainsi : trente et un des sujets avaient eu leur premier accès lors de l'apparition du symptôme de la puberté; chez trois autres les accès revenaient à chaque gestation et disparaissaient après la délivrance. Les chagrins domestiques entrent pour un quart dans l'étiologie de l'affection. Une seule malade avait eu son premier accès au début d'une maladie mentale. La plupart des dipsomanes, avant leur premier accès, étaient parfaitement sobres. Toutes, à l'exception de trois, recherchaient les spiritueux (rhum, eau-de-vie, kirsch, anisette, absinthe, eau de Cologne, eau de Botot, eau de mélisse, alcool de menthe). La durée des accès et leur fréquence étaient très variables; chez huit malades on a constaté deux ou trois accès par an, chacun durant plus d'un mois. Contrairement à la négation de plusieurs médecins aliénistes, un certain nombre de sujets ont présenté, au cours de leur accès, tous les phénomènes de l'alcoolisme aigu. La dipsomanie chez la femme, comme chez l'homme, est plus fréquente dans la classe aisée et instruite que dans le peuple. L'isolement, qui seul permet d'exercer sur les malades une surveillance parfaite, paraît à M. E. Decaisne le meilleur mode de traitement.

M. le Dr Hénocque traite de *l'application de l'étude spectroscopique à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique et à la toxicologie*.

M. Livon (de Marseille) parle de l'*action de l'antipyrine sur la secrétion urinaire*.

Dans la sous-section des sciences physiques et naturelles, on a entendu des communications : de M. Digeon, sur un *nouveau système d'appareil avertisseur universel*; — de M. Fourcrand, sur les *hydrates de l'hydrogène sulfuré* et du *chlorure de méthyle*; — de M. Huller, sur *quelques nouveaux dérivés du camphre*; — de M. Vinot, sur un *nouvel oculaire permettant de distinguer les objets célestes avec des lunettes ordinaires*; — de M. Hureau de Villeneuve sur le *vol des chauve-souris*.

REVUE DES MALADIES DE L'ENFANCE

IV. — La méningite tuberculeuse chez les enfants de moins de deux ans; par F. Bosselut. Thèse de Paris, 1888.

V. — Sur l'identité probable de l'œdéme des nouveaux-nés avec la phlegmatia alba dolens; par le professeur L. Dumas.

VI. — Nouvelle méthode de traitement de la diphtérie; par O. Guelin. Oct. Doin, Paris, 1887.

VII. — La seconde enfance; par E. Périer J. B. Baillière, Paris, 1887.

IV. — L'enfant nouveau-né est, jusqu'à l'âge de deux ans, bien plus sujet à la méningite tuberculeuse qu'on ne le croit d'ordinaire. Mais la maladie est chez lui souvent méconnue en partie parce qu'elle passe pour exceptionnelle à cet âge, en partie parce que les symptômes sont moins nets qu'à un âge plus avancé. Les erreurs de diagnostic sont fréquentes. Il est surtout important, au point de vue pratique, de ne pas confondre la méningite tuberculeuse des jeunes enfants avec l'embarras gastrique dû à une alimentation mauvaise, certaines formes de syphilis héréditaire, et, avant tout, l'otite aiguë. — Le pronostic est absolument fatal, la marche est d'ordinaire très rapide; l'évo-

lution chronique est beaucoup plus rare qu'à l'âge de quatre ou cinq ans.

V. — L'œdème des nouveau-nés est, pour Dumas, une véritable phlegmatia alba dolens. Sa cause principale est, comme chez l'adulte, la cachexie qui prédispose à la coagulation du sang. L'établissement incomplet de la respiration, les difficultés que cette fonction rencontre souvent pour s'exercer chez le nouveau-né jouent également un rôle considérable. — L'oblitération veineuse peut siéger dans les veines fémorales; c'est là qu'elle fut trouvée dans la seule autopsie faite par Dumas. Mais bien plus souvent que chez l'adulte elle occupera la veine cave inférieure et la veine ombilicale, ce qui explique l'envahissement si fréquent par l'œdème des organes génitaux et de la paroi abdominale.

Dans le traitement, on devra donc éviter avec soin les frictions, le massage qui pourraient produire des embolies. — Les soins minutieux apportés au moment de la naissance dans la ligature du cordon et l'établissement de la respiration, l'emploi de la couveuse chez les enfants débiles ont la plus grande valeur prophylactique.

VI.—Guelpa préconise, dans le traitement de la diphthérie, les irrigations pharyngées et nasales avec une solution très étendue (xx gouttes par verre d'eau) de perchlorure de fer. La solution employée sera légèrement tiède. Les irrigations devront être faites dès le début et répétées aussi fréquemment que possible tous les quarts d'heure le jour, toutes les demi-heures, la nuit dans les cas graves. Ce moyen empêcherait le plus souvent la propagation des fausses membranes au larynx; il amène avec grande rapidité la disparition des phénomènes infectieux. Il recommande, dans les cas de croup, les pulvérisations avec la même solution; il l'a aussi employé avec succès en pulvérisation dans la canule après la trachéotomie.

Guelpa reconnaît lui-même que dans sa méthode l'essentiel est moins l'action du perchlorure de fer que celle des lavages très fréquemment renouvelés. L'eau phéniquée, l'eau boriquée, l'eau de chaux donneraient sans doute des résultats aussi favorables. Ainsi compris, ce traitement est parfaitement rationnel et propre à combattre les accidents infectieux.

VII.—Le nouveau volume du Dr E. Périer sur l'hygiène de la seconde enfance se recommande au point de vue médical par les qualités d'esprit pratique et de clarté parfaite qui se retrouvaient déjà dans l'ouvrage qui précède celui-ci, et qui a été analysé dans le *Progrès médical* du 16 avril 1887, le *Guide des mères et des nourrices*. — A côté de la partie hygiénique du volume, nous devons signaler une partie psychologique très fine et fort intéressante. Les chapitres sur les parents, les amis, les maîtres des enfants, le chapitre sur le choix d'une profession méritent d'être particulièrement signalés. A. F. Plicque.

BIBLIOGRAPHIE

De la marche de la fièvre typhoïde chez les paludéens; par le Dr Cahn. — Th. de Paris 1888. Davy, éditeur.

M. le Dr Cahn a pu, chose rare à Paris, rencontrer trois cas de fièvre typhoïde chez des individus ayant présenté antérieurement des phénomènes d'impaludisme. Sur ces trois cas, il n'a malheureusement pu faire qu'un seul examen nécroscopique, mais on peut induire des faits relatés dans ce dernier ce qui a dû exister chez les autres malades, dont l'affection s'est présentée avec les mêmes signes. Le début de l'affection et les lésions intestinales trouvées à l'autopsie montrent bien qu'on est en présence d'une fièvre typhoïde réelle, avec ses déterminations habituelles. Aussi M. Cahn, en exposant ses recherches, s'efforce-t-il de réfuter, et cela avec raison la théorie défendue par M. Colin, à savoir que la *fièvre typhoïde palustre* décrite par ce professeur n'est autre chose qu'une transformation d'une fièvre primitivement palustre. Dans ces fièvres typhoïdes, le frisson est plus court que dans la fièvre intermittente; en outre elles présentent des signes caractéristiques: insomnie persistante avec rêvasseries, mussitation, soubresauts des tendons, pouls dicrote, fuliginosités de la bouche, anorexie absolue et complications thermiques. La fièvre typhoïde existe donc bien réellement chez les paludéens, mais l'intoxication tellurique préexistante donne un cachet spécial à sa marche. Ainsi, chez les malades de M. Cahn, nous trouvons: une albuminurie constante, des épistaxis abondantes, des sueurs revenant presque tous les jours à la suite d'un grand frisson. Le foie et la rate étaient volumineux, et cette dernière, plus grosse que de coutume dans la fièvre typhoïde, était dure, résistante. Les malades avaient des symptômes thoraciques très-atténués, et ne présentaient pas de gargouillement dans la fosse iliaque. L'albuminurie et les épistaxis se sont sans doute réveillées au moment de l'intoxication typhoïdique chez des individus dont les reins et le sang avaient été touchés par l'impaludisme. Ce dernier a donc agi sur l'organisme et l'a rendu impropre à lutter contre la fièvre typhoïde en attaquant la rate, le cœur, le sang et les reins. Reste la question du traitement, qui pour l'auteur doit être celui de la fièvre typhoïde, en donnant un peu de quinine, mais à faibles doses, car le malade la supporterait mal, et ce médicament agit peu sur l'impaludisme chronique. A. R.

Tuberculose vertébrale. Leçons faites à la Faculté de Médecine par M. le Pr Lannelongue et recueillies par M. le Dr Ménard.— Asselin et Houzeau. Paris, 1888.

M. le Pr Lannelongue vient de publier les leçons qu'il a faites ces années dernières à la Faculté de médecine sur la tuberculose vertébrale. Le chirurgien de l'hôpital Trousseau, dont les beaux travaux sur différentes localisations de la tuberculose sont bien connus et ont été analysés déjà dans ce journal, a voulu dans cet ouvage exposer l'état actuel d'une question encore obscure. On sait que jadis tuberculose vertébrale n'était point synonyme de mal de Pott; en effet cette affection si bien caractérisée au point de vue clinique, était regardée tantôt comme de la tuberculose, tantôt comme de la carie, tantôt comme une ostéo-arthrite simple. M. Lannelongue affirme maintenant qu'en réalité le mal de Pott ne répond qu'à une seule espèce morbide et que son élément générateur est le bacille tuberculeux; il ajoute cependant que ce type clinique n'est pas la seule manifestation possible de la localisation vertébrale du tubercule. Aussi décrira-t-il successivement: d'abord le mal de Pott proprement dit ou mal vertébral antérieur (tuberculose des corps vertébraux), puis le mal vertébral postérieur (tuberculose de l'arc postérieur des vertèbres). Lorsque la maladie affecte les deux extrémités du rachis, on sait qu'elle revêt une symptomatologie un peu spéciale; c'est pourquoi M. Lannelongue a écrit deux chapitres distincts, intitulés: mal sous-occipital et tuberculose sacrée (comprenant la tuberculose sacro-iliaque et la tuberculose sacro-coccygienne).

Tel est le plan de l'ouvrage que nous devrions analyser avec détails et qui est complété par la relation d'un grand nombre d'observations inédites, recueillies principalement chez des enfants. Il faudrait, pour en donner une bonne idée, indiquer comment chaque localisation tuberculeuse a été décrite aux points de vue anatomopathologique, étiologique et symptomatique. Mais cette analyse détaillée nous entraînerait trop loin et nous nous bornons à signaler les chapitres qui, par leur nouveauté ou leur importance, doivent attirer l'attention du médecin.

Mentionnons tout d'abord la leçon où sont décrites les altérations tuberculeuses superficielles des corps vertébraux. Lorsqu'elles existaient seules, jadis on ne les croyait pas d'origine tuberculeuse; il a fallu les recherches histologiques et bactériologiques modernes pour arriver à une conclusion définitive. C'est là une forme spéciale de tuberculose vertébrale sur laquelle on n'avait pas autrefois des notions bien précises. Dans la leçon suivante, il faudra lire ce qui a trait au mode de progression des abcès par congestion, à l'infection ganglionnaire consécutive au mal de Pott, aux altérations vasculaires (aorte) et nerveuses (moelle et nerfs).

Rien de bien particulier à noter dans l'étude des symptômes du mal de Pott. Un point important à retenir, c'est que les abcès par congestion sont de vrais tuberculomes. On trouvera encore dans ce chapitre l'étude des signes cliniques de l'affec-

tion selon les régions atteintes ; en particulier la symptomatologie du mal vertébral cervico-brachial, mal exposé ou plutôt laissé dans l'ombre par la plupart des classiques, et du mal de Pott lombosacré, à caractères un peu spéciaux. La quatrième leçon, consacrée à la thérapeutique, fournira aux praticiens toutes les données nécessaires pour qu'ils puissent entreprendre, avec bien des chances de succès, le traitement de cette maladie si commune. La façon dont il faut aujourd'hui soigner les abcès tuberculeux y est très complètement décrite.

Un chapitre de l'ouvrage est réservé au mal vertébral postérieur. Ce dernier n'avait pas été l'objet jusqu'à présent d'un travail d'ensemble. Il s'agit pourtant d'une localisation qui a son importance (quoi qu'elle soit assez rare et moins grave que les autres), parce qu'elle a un aspect clinique propre et qu'elle réclame un traitement chirurgical tout particulier. Cette courte étude est un des points les plus intéressants du livre de M. Lannelongue. A lire ensuite le mal sous-occipital et la description de la tuberculose sacro-coccygienne ; cette dernière manifestation de la tuberculose avait été jusqu'à notre époque, comme d'ailleurs le mal vertébral postérieur, fort peu étudiée.

MARCEL BAUDOUIN.

Dictionnaire annuel des progrès des sciences et institutions médicales, par le Dr M. P. GARNIER, 23e année 1887. — F. Alcan, éditeur.

Ainsi que l'annonce l'auteur, ce volume clot la série du Dictionnaire annuel. L'éditeur Alcan veut en cesser la publication; aussi M. Garnier ne continue pas cette étude. Comme les années précédentes, il s'efforce de résister au « courant du jour. » Il s'est donné pour mission de réfuter les théories microbiennes, dont triomphera, dit-il, l'étude clinique. Ainsi à l'article Antiseptiques, nous relevons la phrase suivante : « Ce sont les médicaments à la mode... comme les valeurs véreuses, il ne faut pas les admettre sans restriction ni réserve. » Toutefois l'article microbiologie est traité avec soin et tout à la louange de Pasteur. Les grandes opérations sur l'abdomen sont décrites assez complètement. Cet ouvrage est assez complet et peut être consulté parfois avec profit pour se remémorer les nouvelles découvertes de la science.

A. RAOULT

VARIA

Notes sur l'ancien Hôtel-Dieu (*Suite*).

L'administration a voulu dans différens temps réformer ces abus... Les religieuses ont paru s'y soumettre, et, dans le vrai, *ont toujours éludé l'exécution des règlemens que l'Administration avoit crus suffisans pour y parvenir*. Enfin, pénétrée de la nécessité d'employer des moyens plus efficaces que ceux qu'elle avoit pris jusqu'ici, elle vient de faire un règlement que les religieuses ne peuvent éluder ; *il les oblige d'observer les ordonnances des médecins pour le régime des malades* .. C'est ce moment précis que choisissent les religieuses pour demander d'être maintenues dans l'exercice des fonctions qu'elles prétendent que leurs constitutions leur attribuent... elles demandent *de gouverner les malades comme elles l'ont toujours fait*, c'est à dire de perpétuer les abus dont les médecins se plaignent... elles ne mettent point de bornes à leurs prétentions; à leur première demande, concernant l'indépendance dans le gouvernement des malades, elles en joignent d'autres non moins absurdes, qui ne tendent rien moins qu'à *mettre ces administrateurs dans leur dépendance même.* Chargés de régir les revenus de l'Hôtel Dieu, ils seroient obligés de fournir à toutes les dépenses qu'il plairoit aux religieuses de faire dans l'intérieur de la maison et de ne pouvoir arrêter certains comptes de dépenses qu'avec l'attache de la mère Prieure. Il suffit d'exposer de pareilles demandes pour en sentir le ridicule et l'inadmissibilité; mais enfin, les religieuses traduisent l'administration en justice pour se voir condamner à les reconnoitre pour les seules maitresses dans l'intérieur de l'Hôtel-Dieu, etc. (La fin n'est que le résumé des lignes précédentes.)

Al. R.

Les études médicales et la connaissance des langues étrangères.

Il ne nous paraît pas déplacé de signaler à l'attention des médecins et principalement des étudiants français les remarques que nous avons faites en voulant nous rendre compte des connaissances diverses exigées des futurs élèves en médecine, lors de la prise de leur première inscription dans une Faculté. Aujourd'hui nous insisterons seulement sur ce qui a trait à la connaissance des langues étrangères.

En France, pour prendre sa première inscription de doctorat, il suffit d'être bachelier ès lettres et ès sciences ; c'est-à-dire qu'au point de vue qui nous occupe il suffit de connaître les éléments de l'*une* seulement des quatre langues suivantes : allemand, anglais, italien ou espagnol. Il est bien rare de trouver un étudiant qui sache même l'*a*, *b*, *c* de deux langues étrangères, à moins de circonstances spéciales (par exemple, s'il est né de parents étrangers).

A Rio de Janeiro, l'élève en médecine doit connaître au moins *trois* langues vivantes : en dehors du portugais, langue parlée là-bas, il lui faut apprendre le français, l'anglais et l'allemand Au Brésil, les dentistes ne sont pas tenus de connaître l'allemand ; il en est ainsi des pharmaciens; mais ils apprennent le français et l'anglais. Les sages-femmes elles-mêmes doivent, paraît-il, comprendre une langue étrangère, le français. Nous ignorons si l'on est bien sévère, si l'on exige des connaissances étendues sur chaque langue, mais le fait n'en est pas moins remarquable. L'objection qui consisterait à dire qu'au Brésil toutes les nations sont représentées et qu'il faut forcément se faire comprendre, n'a pas grande valeur, car en Hollande l'étudiant en médecine doit apprendre aussi les éléments de trois langues vivantes : le français, l'allemand et l'anglais. — On voit quelle importance on attache dans ces deux pays aux langues étrangères, aussi bien pour la profession médicale que pour les autres.

Laïcisation des hôpitaux de Toulouse par Carnot en 1792.

Le 12 janvier 1793, CARNOT fit à la Convention nationale, sur sa mission aux frontières des Pyrénées, un très remarquable rapport, imprimé par ordre de la Convention. Nous détachons de ce rapport les passages suivants qui ont trait à la situation des maisons de charité et des hôpitaux dans la région qu'il venait de visiter.

« Des plaintes nous ont été portées sur l'administration lâche et quelquefois infidèle de plusieurs maisons de charité. Les hôpitaux gémissent toujours sous leur ancien régime ; la plupart sont encore desservies par des sœurs grises qui distribuent leurs soins avec une partialité marquée, d'après leurs prétendues opinions ou celles des fanatiques qui les dirigent. A Toulouse particulièrement, cet ancien berceau de l'Inquisition, l'aristocratie n'est pas morte et les espérances de la contre-révolution ne sont point évanouies, quoique la masse des citoyens y soit animée du plus pur civisme.

« *Les hôpitaux de cette ville*, dont un seul contient environ 3,000 personnes, *étaient des foyers de fanatisme et de contre-révolution : nous en avons fait renouveler l'administration toute entière, nous en avons fait exclure les prêtres réfractaires qui les desservaient encore, et nous avons* FAIT REMPLACER TOUTES LES SŒURS *par des femmes charitables qui ne se piquent point d'avoir un système sur la religion et qui ne connaissent que la soumission aux lois...* » (1).

Les choses n'ont guère changé quant au fond, ni dans les hôpitaux de Paris, ni dans les hôpitaux de province surtout. Aussi avons-nous le ferme espoir que M. le Président de la République, petit-fils du grand Carnot, le laïcisateur des hôpitaux de Toulouse, n'entravera en rien la marche de la laïcisation des hôpitaux et qu'il s'empressera de signer le décret qui lui sera prochainement présenté pour permettre à l'Assistance publique de Paris de laïciser l'hôpital Saint-Louis et l'Hôtel-Dieu.

Laïcisation des hôpitaux et du bureau de bienfaisance de Marseille.

Cette question a été soulevée dans les termes suivants, à la séance du 18 mai, du Conseil municipal de Marseille.

M. TRÉMELAT, en son nom et au nom de ses collègues, MM. Bertrand, Carreyre et Aglot, déposent sur le bureau du Conseil la proposition suivante :

Les membres du Conseil municipal, soussignés, ont l'honneur de déposer la proposition suivante :

(1) *Rap. fait à la Convention nationale par ses commissaires* CARNOT, GARRAU et LAMARQUE, envoyés par elle aux frontières des Pyrénées ; présenté à la Convention le 12 janvier 1793, l'an second de la République, p. 18. Ce rapport est entièrement dû à Carnot.

1° Le Conseil municipal vote le principe de la laïcisation des hospices et du bureau de bienfaisance ;

2° Il s'en rapporte à ses délégués pour prendre les mesures préparatoires nécessaires à l'effet de poursuivre résolument cette laïcisation.

M. FLAISSIÈRES déclare qu'il s'abstiendra de prendre part au vote sur cette proposition, parce qu'il ne considère pas la proposition comme assez précise. Il ne prendra pas part également au vote pour la désignation des délégués.

M. BOUGE fait la même déclaration ; il prendra néanmoins part au vote pour la désignation des délégués.

M. LE MAIRE répond que la proposition présentée par M. Trémelat est assez précise pour indiquer que le Conseil donne mandat à ses délégués de poursuivre la laïcisation de tous les établissements civils hospitaliers.

M FLAISSIÈRES, avant le vote pour la désignation des délégués aux hospices, demande au Conseil dans quelle proportion il tiendra compte du vœu formulé par l'Union des Chambres syndicales ouvrières, qui demande que l'élément ouvrier soit représenté dans l'administration des hospices. M. Flaissières dit que le Conseil pourrait donner au pouvoir central un exemple salutaire en désignant lui-même, et en dehors du Conseil, deux membres de l'Union syndicale.

M. BONIFAS répond que la proposition de M. Flaissières, arrivant à la dernière heure, met le Conseil dans l'impossibilité de s'entendre avec le délégué à prendre en dehors du Conseil.

Le Conseil municipal désigne, pour le représenter à l'administration des hospices et avec le mandat que le vote précédent leur confère : MM. J.-Ch. Roux, Armelin, Mireur et Gairard.

Le Conseil adopte en dernier lieu le rapport présenté par M. Gairard sur le bureau de bienfaisance, concluant à un avis favorable, mais faisant toutes réserves sur différents chapitres. Les conclusions visent en outre le différend survenu entre le Conseil et le Bureau de bienfaisance. Le Conseil espère que M. le préfet donnera une solution favorable à cete question. (*Petit Provençal*, 19 mai 1888).

Nous nous permettrons d'appeler l'attention du Conseil municipal, de la Municipalité et de la Commission administrative des hôpitaux de Marseille, sur un moyen très simple d'arriver à une bonne et pratique solution : c'est de créer une *Ecole municipale d'infirmières* à Marseille.

Visite du directeur de l'Enseignement supérieur à l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine.

M. LIARD, le directeur de l'Enseignement supérieur, a visité récemment l'Ecole pratique de la Faculté de Médecine, avec M. Alphand et M. le Doyen. L'architecte a promis que tous les laboratoires seraient définitivement installés pour le 1er novembre 1888 ; mais nous savons ce que valent de telles promesses et nous n'espérons pas voir pareille chose se réaliser de si tôt. Nous ne perdrons pas de vue cette promesse.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 28. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Segond, Brissaud ; — (2e *Série*) : MM. Trélat, Rémy, Déjérine ; — (3e *Série*) : MM. Hayem, Reclus, Raymond ; — (4e *Série*) : MM. Damaschino, Marc Sée, Reynier ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Budin, Delens, Kirmisson ; — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Ollivier, Landouzy.

MARDI 29. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Bouilly, Poirier ; — (2e *Série*) : MM. Ball, Schwartz, Quenu ; — (3e *Série*) : MM. Bouchard, Polaillon, Brun ; — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Legroux, Joffroy. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. M. G. Sée, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. MM. Richet, Campenon, Charpentier ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Duplay, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Laboulbène, Troisier.

MERCREDI 30. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Straus, Delens, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Déjérine ; — (2e partie) : MM. Fournier, Ch. Richet, Raymond. — 3e *de Doctorat* (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Pinard, Segond ; — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Reynier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Landouzy, Chauffard.

JEUDI 31. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Richet, Hanot, Brun ; — (2e *Série*) : MM. Mathias-Duval, Quenu, Poirier ; — (3e *Série*) : MM. Polaillon, Bouilly, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Duplay, Schwartz, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Panas, Charpentier. — 4e *de Doctorat* (1re Série) : MM. Brouardel, G. Sée, Ballet ; — (2e *Série*) : MM. Ball, Bouchard, Hutinel ; — (3e *Série*) : MM. Peter, Proust, Troisier.

VENDREDI 1er. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Straus, Delens, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Marc Sée, Reynier ; — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Raymond, Déjérine. — 5e *de Doctorat*, (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Guyon, Pinard, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Budin, Reclus ; — (2e partie) : MM. Potain, Fournier, Brissaud.

SAMEDI 2. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : Duplay, Legroux, Schwartz ; — (2e *Série*) : MM. Polaillon, Bouilly, Brun ; — (3e *Série*) : MM. Panas, Campenon, Poirier ; — (2e prtie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Quenu. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Peyrot, Charpentier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Fernet, Hanot ; — (2e *Série*) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Vendredi 1er. — M. Dubar. Sarcome ostéoïde. — M. Nodot. Indications opératoires dans les luxations anciennes du coude.

Enseignement médical libre.

HÔPITAL DU MIDI. — M. le Dr DU CASTEL commencera le vendredi 1er juin, à 9 h. 1/2, une série de *conférences cliniques*, et les continuera les vendredis de chaque semaine à la même heure.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Jules FOURNET.

M. le Dr Jules FOURNET (de Versailles) est décédé la semaine dernière. Il avait été reçu le 3e à l'Internat des hôpitaux de Paris en 1833, la même année que Béhier, Roger, etc.

En 1837, il obtenait la médaille d'or des hôpitaux ; bientôt il devenait lauréat de la Faculté. On lui doit un certain nombre de travaux, dont le principal est le suivant : *Quelques résultats des recherches sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la phtisie pulmonaire*, faites dans le service de M. le Pr Andral. Paris, 1839. — *Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires et sur la première période de la phtisie pulmonaire faites dans le service d'Andral* (nouvelle édition, très augmentée et en deux volumes). Paris, 1839. — Ce dernier ouvrage a été traduit en anglais, en 1841, par Thomas Brady à Londres.

M. le Dr Alfred-Marie PADIEU.

M. le Dr A.-M. PADIEU, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens, vient de mourir.

Il avait été reçu interne des hôpitaux de Paris en 1833. La plupart de ses travaux, qui sont assez nombreux, ont paru dans la *Gazette médicale de Picardie*. Il a fait aussi un grand nombre de communications à la Société de médecine d'Amiens, dont il était un des membres les plus actifs.

Voici les titres des principaux mémoires qu'il a publiés récemment dans la *Gazette de Picardie : Action du bromure de potassium sur le diabète sucré*, janv. 1883 ; — *Puberté précoce*, août 1883 ; — *Calcul du canal de Sténon*, oct. 1883 ; — *Iritis syphilitique*, nov. 1883 ; — *Tumeur fibro-kystique volumineuse de la cavité buccale chez une femme de 76 ans ; opération, guérison*, nov. 1885 ; — *Lésions graves des orifices et des valvules du cœur sans production de bruits anormaux*, déc. 1885 ; — *Notes sur les injections vaginales*, id. ; — *Notes sur la grippe* ; — *Calcul salivaire volumineux du canal de Warthon*, juin 1885 ; — *Corps étranger du canal de l'urèthre*, février 1887 ; — *Note sur la pneumonie infectieuse et spécialement sur une forme fruste de cette affection*, juin 1887. — *Rapport sur une observation de fistule biliaire cutanée*, avril 1886, etc., etc., etc. MARC. B.

M. le Dr E. LORING (de New-York).

M. le Dr Edward Greely LORING, ophthalmologiste distingué de New-York, vient de mourir subitement.

On lui doit entre autres les travaux suivants : *The causes of exudation in inflammation* (an essay to wich was awarded one of the prizes of the Boylston medical Society in 1864), Boston, 1864. — *Remarks on strabizmus*, in *Tr. Am. Ophth. Soc N. Y.*, 1869. — *Relative accomodation*, in *idem* et *Am. J. M. S. Philad.*, 1869. — *Some Remarks on cataract*, in *Tr. am. opth. Soc. N. Y.*, 1871. — *The same*, N. York. — *Determination of the refraction of the eye by means of the ophthalmos-*

cope, New-York, 1876. — *Is the human eye changing its form under the influence of modern Education ?*, N. Y., 1878. — *Text-book of ophthalmoscopy*, 1re partie : *The normal eye, determination of refraction, disears of the media, physiological optcis, and theory of the ophthalmoscope*, New-York, 1886.

M. le Dr Jacob Munch HEIBERG (de Christiania).

M. le Dr Jacob HEIBER, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Christiania, vient de mourir.

Fils du chirurgien Joh. Fr. Heiberg, et descendant de médecins célèbres à Christiana, il naquit dans cette ville le 12 juin 1843, fut de 1867 à 1869 assistant au Reichshospital et à la maison d'accouchements, puis en juillet 1870 assistant prosecteur. Pendant la guerre franco-allemande il demeura au Lazareth de Berlin et fit partie d'un train sanitaire dirigé vers la France. Il étudia ensuite l'anatomie à Berlin sous Reichert et fut nommé assistant de Kœnig à la clinique chirurgicale de Rostock. Plus tard, de la fin de 1871 à 1873, il alla à Kœnigsberg comme assistant de Schœnborn à la clinique chirurgicale. A la mort de son oncle Christan Heiberg, il revint à Christiania, fut nommé professeur, s'occupa des maladies des yeux et devint rédacteur du *Nordk. Magazin f. Laegev.*

Les mémoires qu'il a publiés en allemand sont les suivants: *Beobachtungen über Hospitalbrand*, Berlin, 1871. — *Zur Lehre von den Granulationen oder vom Akeston*, in *Arch. f. path. Anat.* Berlin, 1872, et tirage à part. — *Uber die Drehung des Vorderarms*, Christiania, 1883, et in *Christiania Videnskabsselskabs Forhand linger*, 1883. — *Zur Geschichte der Lehre von der Drehung der Hand*, Christiania, 1883. — *Ueber zinnerne Drainageröhren*, in *Centr. f. d. med. Wissench.* — *Einiges über Hautverpflanzung*, avec Hugo Schulz, in *Berl. Klin. Woch.* — *Uber die Bedeutung der Hauttransplantation.* — *Uber innere Incarcerationen*, in *Virchow's Archiv.* — *Die methodik der opthalmologischen Untersuchung, ein Leitfaden für Anfänger*, Christiania, 1875.

Les autres travaux de ce savant ont été publiés dans sa langue maternelle et édités à Christiania, surtout dans le journal où il collaborait. On en trouvera une indication assez complète dans le *Biographisches Lexicon* de Hirsch. MARC. B.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 13 mai 1888 au samedi 19 mai 1888, les naissances ont été au nombre de 1304, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 499 ; illégitimes, 200. Total, 699. — *Sexe féminin :* légitimes, 465 ; illégitimes, 140. Total, 605.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 13 mai 1887 au samedi 19 mai 1888, les décès ont été au nombre de 945, savoir : 495 hommes et 450 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 7, F. 5. T. 12. — Variole : M. 3, F. 3, T. 6. — Rougeole : M. 7, F. 8. T. 15. — Scarlatine : M. 3, F. 0, T. 3. — Coqueluche : M. 1, F. 1. T. 2. — Diphthérie, Croup : M. 25, F. 19, T. 44. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 122, F. 63. T. 185. — Autres tuberculoses : M. 18, F. 8. T. 26. — Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 15, F. 25. T. 40. — Méningite simple : M. 24, F. 23. T. 47. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 24, F. 29. T. 53. — Paralysie : M. 1, F. 6. T. 7. — Ramollissement cérébral : M. 3, F. 9 T. 12. — Maladies organiques du cœur : M. 23, F. 34. T. 57. — Bronchite aiguë : M. 13, F. 14 T. 27. — Bronchite chronique : M. 10, F. 19. T. 29. — Broncho-Pneumonie : M. 6, F. 7. T. 13. — Pneumonie M. 25, F. 28. T. 53. — Gastro-entérite, biberon : M. 21, F. 17. T. 38. — Gastro-entérite, sein : M. 5, F. 8. T. 13 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1. T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 6. T. 6. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 8, F. 11, T. 19. — Sénilité : M. 6, F. 13. T. 19. — Suicides : M. 12, F. 3 T. 15. — Autres morts violentes . M. 4. F. 3. T. 7. — Autres causes de mort : M. 98 F. 77. T. 175. — Causes restées inconnues : M. 9. F. 1. T. 10.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 86, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34, illégitimes, 22. Total : 56. — *Sexe féminin :* légitimes, 22; illégitimes, 8. Total : 30.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Mlle LEBLOIS a soutenu, le jeudi 24 mai, à 2 heures, à la Sorbonne, pour obtenir le titre de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour titre : « *Recherches sur l'origine et le développement des canaux sécréteurs et des poches sécrétrices.* » — On voit que les femmes n'hésitent plus à prendre leurs grades en histoire naturelle comme en médecine. Cette science a d'ailleurs eu depuis longtemps le privilège d'attirer l'attention et l'intérêt du sexe faible. On connait beaucoup de femmes naturalistes, mais la plupart préfèrent la botanique à la zoologie. Il est vrai que les anthropologistes féminins ne sont pas très rares.

ECOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. — *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine Herborisation le dimanche 27 mai 1888. Rendez-vous à la gare d'Orléans, à 7 heures 30 pour le train partant de Paris à 7 heures 50 pour la station de Bouray-Lardy.

ECOLE PRÉPARATOIRE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE DIJON. — Un concours s'ouvrira, le 15 novembre 1888, à ladite Ecole, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — *Concours de professeurs suppléants pour l'Ecole de médecine de Toulouse.* — Le concours pour deux places de professeur suppléant de pathologie externe et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Toulouse s'est terminé par la présentation de deux candidats : MM. les Drs Vieusse et Secheyron. Il y avait six candidats ; deux se sont retirés pendant le concours ; quatre candidats ont poursuivi toutes les épreuves. La question écrite avait pour sujet : La région ombilicale et les plaies pénétrantes de l'abdomen. La question orale avait pour sujet : L'étude des ruptures de l'urèthre. Il y a eu deux épreuves cliniques à l'hôpital Saint-André et deux examens de femmes enceintes Enfin, la question de médecine opératoire était une désarticulation sous-astragalienne.

Le concours pour une place de professeur suppléant de pathologie interne s'est terminé par la nomination du Dr Cabadé. Il y avait quatre concurrents. Ce concours a commencé le 5 mai, la première épreuve, l'épreuve écrite a eu pour sujet de l'*hydropneumothorax.* La question orale qui a été subie le 19 mai était le *goître exophthalmique.* Les épreuves cliniques ont eu lieu le 10 mai à l'hôpital Saint-André. Le 14 mai, les candidats ont subi l'épreuve pratique d'anatomie pathologique avec démonstration. Ils ont eu à examiner un cœur atteint de péricardite, les deux reins d'un sujet mort de néphrite mixte et le poumon gauche d'un sujet mort de phtisie tuberculeuse.

Le concours pour une place de professeur suppléant de physique et chimie, n'a pas donné lieu à présentation. Il y avait six inscrits, deux candidats ont soutenu le concours jusqu'au bout, MM. Faugerat et Lespiau.

Enfin, le concours de professeur suppléant pour la pharmacie s'est terminé par la présentation de L. Beille. (*Gaz. Hebd. des sc. méd. de Bord.*).

ASILE CLINIQUE (*Sainte-Anne*). — M. POUBELLE, préfet de la Seine, a pris à la date du 17 mai les deux arrêtés qui suivent :

Premier arrêté. — *Art.* 1er. M. DAGONET (Henri), médecin en chef de la division des hommes à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est admis sur sa demande à faire valoir ses droits à la retraite pour cause d'ancienneté de services, à partir du 1er juin 1888. M. le Dr Dagonet, Henri, est nommé médecin honoraire des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

Art. 2. Le secrétaire général de la Préfecture et le directeur des affaires départementales sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution des présents arrêtés.

Deuxième arrêté. — *Art.* 1er M. le Dr DUBUISSON (Paul), médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est nommé médecin en chef de la division des hommes dudit asile, en remplacement du Dr Henri Dagonet admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Art. 2. M. le Dr DAGONET (Jules) est nommé médecin-adjoint de l'asile Sainte-Anne, en remplacement du Dr Dubuisson, nommée médecin en chef audit asile.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — LEGS JARDIN. — Par décret de M. le ministre de l'intérieur, en date du 4 mai 1888, le directeur général de l'Assistance publique, à Paris (Seine), est autorisé à accepter le legs fait aux pauvres de cette ville et consistant en une somme de 10.000 francs, offerte par M. JARDIN (Charles-François) pour etre partagée entre les hospices et les bureaux de bienfaisance.

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Le Conseil municipal de Paris* a voté l'ordre du jour suivant : Le Conseil invite le directeur de l'Assistance publique à respecter la loi du 19 ventôse an XI, et à ne confier qu'à des docteurs en médecine, et non à des aspirants au doctorat, les constatations médico-légales. — Cependant le

titre de docteur en médecine n'est pas absolument indispensable à la justice dans les expertises médico-légales, fait remarquer la *Gaz. Hebd. des Sc. méd. de Bord.* Le juge d'instruction conserve le droit de confier à un expert quelconque qui lui paraît compétent toutes recherches à faire dans l'intérêt de la vérité. Une mission confiée à un interne peut donc avoir le caractère d'une expertise ordinaire (1).

ASILES D'ALIÉNÉS. *A. de St-Yon.* — M. le Dr NICOULEAU, interne de l'asile d'aliénés de Bordeaux, est nommé adjoint de l'asile d'aliénés de Saint-Yon, et placé dans la 2e classe de son grade.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — *L'inauguration du Musée de l'hôpital Saint-Louis et le Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie.* L'inauguration officielle du nouveau Musée de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, aura lieu dans la première quinzaine du mois d'août de l'année prochaine. A cette occasion et en raison de l'affluence probable à Paris de médecins de la France et des autres pays, les médecins de l'hôpital Saint-Louis ont jugé le moment favorable pour la réunion d'un Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Ce Congrès, dont la durée sera d'une semaine, se tiendra dans la grande salle du Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la présidence de MM. Ricord et Hardy. Adresser les adhésions à M. Feulard, à l'hôpital Saint-Louis.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.—Le comité s'est réuni le 14 mai 1888, sous la présidence de M. Brouardel. M. le président a présidé à l'installation, comme membre de droit du comité consultatif, de M. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur. Le comité approuve ensuite les conclusions des rapports de M. Bergeron sur un projet d'amenée d'eau d'alimentation destinée à la commune de Colombie-le-Sec (Aube), et de MM. Jacquot et Pouchet sur un projet de distribution d'eau à Périgueux.

CONGRÈS D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES. — Un Congrès d'hydrologie et de climatologie médicales s'ouvrira à Bologne, le 10 octobre 1888, sous la présidence du Pr Murri. Ce Congrès coïncidera avec l'ouverture d'une Exposition nationale d'hydrologie et de climatologie.

EPIDÉMIE. — On vient de licencier, à Clermont-Ferrand, l'Ecole normale d'instituteurs, par suite d'une épidémie de diarrhée.

HÔPITAUX DE BORDEAUX. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le Dr William Dubreuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, ancien interne des hôpitaux de Paris.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — M. PARROT, membre de l'Institut, directeur de l'Ecole normale, et M. DELPEUCH, chef du cabinet du ministre de l'instruction publique, sont chargés d'une mission en Tunisie, à l'effet de représenter, à l'inauguration du musée Bardo, le ministre de l'instruction publique. — M. FRANÇOIS, maître de conférences à la Faculté des sciences de Rennes, est chargé d'une mission en Océanie et particulièrement à Taïti, en vue d'y étudier les polypes coralligènes et les récifs madréporiques. — M. E. GOUNELLE, membre de la Société de géographie et de la Société entomologique de France, est chargé d'une mission au Brésil, à l'effet d'y entreprendre des recherches d'histoire naturelle dans le Sertao de Bahia, et de réunir des collections destinées à l'Etat.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Excursion géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, aide-naturaliste au muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 27 mai 1888, à Ezanville, Domont et Soisy. — Rendez-vous gare du Nord, où l'on prendra à 8 h. 15 minutes le train pour Ecouen. On sera rentré à Paris vers 5 heures.— N. B. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de verser le montant de la demi-place avant samedi soir à 4 heures.

NOUVEAU JEUNE DE SUCCI. — D'après la *Riforma medica*, Succi vient de recommencer un nouveau jeune de trente jours, en présence des membres de l'Académie de Florence.

NÉCROLOGIE. — M. L. DUCRUZEL, professeur de chimie à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger, décédé à la fin d'avril dernier. — M. le Dr Pierre-Adolphe LESSON, médecin de la marine, en retraite, âgé de 82 ans ; sa thèse a pour titre : *Quelques mots sur la dysentérie aiguë en général et particulièrement sur celle qui a été observée à bord de l'Astrolabe pendant son voyage de découvertes*, Montpellier, 1887. Nous pensons qu'il est aussi l'auteur de l'opuscule suivant : *Légendes des îles Hawaï, tirées de Fornander et commentées, avec réponse, à M. de Quatrefages*, Niort, 1881. (M. B.). — M. le Dr TOURINHO, professeur de pathologie médicale à la Faculté de médecine de Bahia. — M. le Dr PRIOLEAU (de Charleston). — M. le Dr FONTANA (de Buenos-Ayres).

(1) Voir sur cette question les deux articles parus dans le *Progrès* de 1887, p. 430 et 471, n° 16 et 48.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux :* M. le professeur CHARCOT. Leçons le mardi et le vendredi à 9 heures. — *Clinique mentale :* M. VOISIN, le dimanche à 9 h. et demie. — M. le Dr TERRILLON continue ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants :* M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. -- *Chirurgie.* — Service de M. PÉAN. Consultation le lundi, mercredi, vendredi. Opération le samedi.— Service de M. LEDENTU. Consultation, mardi, jeudi, samedi. Opération le mercredi.— Service provisoire, M. REYGNIER. Baraques.

HÔPITAL BICHAT.—*Chirurgie.* M. le Dr TERRIER. Consultations les mardi, jeudi, samedi à 9 heures ; consultation spéciale pour les maladies des yeux et les oreilles le jeudi à 9 heures. Grandes opérations le mardi à 8 heures 1/4. — *Médecine.* M. HUCHARD et M. GAILLARD-LACOMBE. tous les jours, à 9 heures. Le jeudi, consultation spéciale pour les maladies du cœur, faite par M. Huchard et leçons de clinique et de thérapeutique médicale le dimanche à neuf heures et demie très précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS AUX LECTEURS ET AUX ÉDITEURS. — Tout ouvrage dont il nous sera envoyé UN seul exemplaire, sera ANNONCÉ. Il sera fait, s'il y a lieu, une analyse de tout ouvrage dont nous recevrons DEUX exemplaires.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain.

DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES, publié sous la direction de DECHAMBRE (A.) et LEREBOULLET (L.). — Vient de paraître de la 1re série : A-E, Tome XXXVI, 2e partie : ESTO-EYSS (fin de la première série), nous y remarquons les articles suivants : Estomac (Anatomie et histologie), par Nicola ; Estomac (physiologie), par Gley et Langlois ; Estomac (Pathologie), par A. Mathieu ; — Ethers (Emploi médical), par Debierre. — De la 2e série : L-P. Tome XXV, 2e partie, PIN-PLAT. Nous y remarquons les articles suivants : Piqûre anatomique, par Chauvel ; Placenta (Anatomie, développement, physiologie, pathologie, dystocie placentaire), par Delore ; Plaie, par Chauvel. — De la quatrième série : F-K, Tome XIII, 2e partie ; HEMO-HERO. Nous y remarquons les articles suivants : Hémorrhagie, par Renaut ; Hémorrhoïdes, par E. Vincent ; Hépatiques (Coliques), par A. Mossé ; Hermaphrodisme (Tératologie) par Hermann ; Hermaphrodisme (médecine légale), par Tourdes ; Hernies, par Boursier. — De la quatrième série : F.-K, Tome XIV, 1re partie : HERP-HORD. Nous y remarquons les articles suivants : Herpès, par Feulard ; Hirudinées, par Blanchard ; Hôpitaux.

BOTTEY (F.). — Etude physiologique et thérapeutique sur l'action et la réaction en hydrothérapie. Brochure in-8 de 56 pages. — Paris, 1888. Imprimerie F. Levé.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 22. BUREAUX : RUE DES CARMES, 14. 2 JUIN 1888.

Le Progrès Médical

PATHOLOGIE INTERNE

Cancer du pancréas ;

Par M. ISCH-WALL, interne des hôpitaux.

Au moment où MM. Bard et Pic publient un travail dans lequel ils cherchent à démontrer « que le cancer primitif du pancréas présente un certain nombre de symptômes prédominants qui, par leur réunion, par leurs caractères spéciaux et surtout par leur enchaînement et par leur marche constituent un véritable symptôme qui leur a permis, dans tous les cas qu'ils ont observés eux-mêmes, d'affirmer le diagnostic ultérieurement vérifié à l'autopsie » (*Rev. de méd.*, 10 avril 1888), il nous paraît intéressant de publier les deux observations suivantes dans lesquelles un carcinome primitif du pancréas fut méconnu et une tumeur du foie prise pour un cancer du pancréas. Dans ces deux cas, le diagnostic précis et absolument affirmatif nous semble avoir été impossible, aussi croyons-nous que c'est toujours avec réserve qu'il faut se prononcer sur les tumeurs du pancréas, car les déceptions doivent fatalement être fréquentes.

Avant de rapporter les deux faits que nous voulons présenter aux lecteurs, nous remercierons notre ami A. Pilliet, aide-préparateur d'histologie de la Faculté, interne des hôpitaux, qui a bien voulu nous donner d'utiles indications bibliographiques et faire l'examen histologique de nos pièces.

OBSERVATION Ire. — Le nommé Gr... Germain, âgé de 49 ans, entre le 26 janvier à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. le Dr Marchand, pour un fibrome douloureux de la paroi abdominale. C'est un homme de force moyenne, bien portant d'habitude, n'ayant aucun antécédent morbide en dehors d'une scarlatine dont il fut atteint à l'âge de 17 ans. Son père vit encore et se porte bien. Quant à sa mère, elle est morte d'un carcinome utérin. Le fibrome dont il est porteur siège un peu au-dessus de l'arcade crurale, à 2 centimètres de l'épine iliaque antérieure et supérieure, il est gros comme une noisette et est relié à l'aponévrose du grand oblique par un pédicule très grêle et suffisamment long pour permettre de le mobiliser en tous sens. Lorsque l'on touche cette tumeur, on provoque des douleurs assez vives ; aussi le malade veut-il en être débarrassé, bien que l'idée d'une opération lui procure une vive émotion.

Cinq jours après son entrée à l'hôpital, Gr... présente subitement des symptômes d'ictère : coloration jaune de la peau et de la conjonctive, coloration très foncée des urines, etc., en même temps il est en proie à un malaise général, il se sent très faible, ne peut se tenir debout ; il a des vomissements et, depuis quelques jours, une constipation opiniâtre, sa langue est très sale.

On fait passer le malade en médecine, dans le service de M. le Dr Landrieux, on constate alors, outre les symptômes précédents, que le foie est augmenté de volume ; lorsqu'on palpe l'abdomen, on provoque dans les hypochondres et à l'épigastre, mais surtout dans l'hypochondre droit, une douleur assez vive. Le malade nous dit que depuis quelque temps il ressent à ce niveau des douleurs venant de son fibrome en s'irradiant ; actuellement, il accuse des douleurs spontanées partant de l'hypochondre droit et se propageant vers l'épaule du même côté. Il souffre suffisamment pour ne pouvoir se coucher que sur le côté gauche. A ces troubles s'ajoutent des douleurs vagues dans les articulations et de l'anorexie. Pas de fièvre; pas d'albumine dans les urines ; on ne sent de tumeur nulle part. Pas de troubles respiratoires. On porte le diagnostic d'ictère catarrhal.

Quelques jours après le passage en médecine, comme la constipation persiste, on administre des purgatifs qui entraînent une débâcle de matières d'abord colorées, puis argileuses. L'état du malade reste le même jusqu'au 22 février ; à cette date, il est pris brusquement de fièvre coïncidant avec l'apparition d'un gonflement des régions parotidiennes, il tombe dans le collapsus et à 1 h. 1/2 il meurt.

AUTOPSIE. — Le *pancréas* plus que doublé de volume est totalement dégénéré en une masse cancéreuse résistante, blanche, uniforme, criant un peu sous le couteau et donnant par le râclage un suc caractéristique. Ce cancer vient comprimer le canal cholédoque, aussi la vésicule biliaire est-elle énormément distendue, mais le foie n'est nullement envahi par le néoplasme. Le duodénum et l'estomac sont également respectés. La rate est saine, mais l'on trouve de nombreux noyaux de généralisation dans les reins. Ces derniers sont parsemés de très nombreux nodules carcinomateux gros comme de petites noisettes, la capsule surrénale du côté droit est totalement transformée en une masse néoplasique. Les reins sont d'ailleurs doublés de volume. Les uretères et la vessie sont normaux. Nous recueillons l'urine renfermée dans cette dernière et n'y trouvons aucune trace de sucre. Le mésentère est parsemé de petits noyaux cancéreux. Les médiatins renferment de nombreux ganglions dégénérés ; enfin, dans le poumon droit, se trouve, vers la base, un foyer cancéreux gros comme une mandarine.

Tous les autres viscères sont normaux. La tumeur de la paroi abdominale est bien un fibrome.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Pancréas :* Ce viscère est entièrement dégénéré et transformé en une tumeur formant des masses lobulées constituées par de l'épithéliome.

L'élément primitif est formé de culs-de-sac étroits et allongés, tapissés par des cellules petites et cubiques sur un ou deux rangs. La lumière centrale est large et bien visible sur un certain nombre de tubes dilatés, d'autres ont l'aspect de boyaux remplis de cellules cubiques. Ces tubes et boyaux épithéliaux sont à même le tissu conjonctif qui est fortement chargé d'éléments fusiformes. Ils sont plus allongés et moins larges, et à cellules beaucoup plus petites que les tubes normaux du pancréas, ce qui, joint à leur absence de membrane d'enveloppe, suffit pour caractériser de l'épithélioma et non de l'adénome, indépendamment de la généralisation. Ces tubes ont tendance à la formation de masses ou nodules d'un volume moyen sensiblement égal, nodules séparés par des travées de tissu conjonctif assez épaisses ; dans ces travées, d'ailleurs, existent un grand nombre d'îlots épithéliaux sous forme de boyaux pleins ou de tubes. On retrouve, de plus, quelques acini pancréatiques encore reconnaissables.

Reins : Sur la coupe des îlots des reins on voit des masses de nodules ayant l'aspect de ceux du pancréas, séparés par des travées fibreuses également infiltrées. L'élément primitif est constitué par des tubes remplis de petites cellules tassées, semblables à celles qui constituent la tumeur pancréatique et circonscrites par de très minces cloisons conjonctives inégalement développées. Il existe au pourtour des noyaux principaux du rein, dans le tissu de l'organe, un certain nombre de points d'envahissement constitués par les mêmes tubes.

Poumon : La coupe d'un noyau secondaire du poumon montre qu'il s'est développé autour d'une branche de l'artère pulmonaire. Ce noyau remplace la tunique externe du vaisseau ; il est composé de masses de volume à peu près semblable, ayant une disposition générale acineuse, décomposable en un certain nombre de tubes semblables à ceux de la tumeur pri-

mitive. Il y a de nombreux épanchements hémorrhagiques. Dans le tissu pulmonaire lui-même, des îlots occupent le pourtour des vaisseaux et se développent en s'entourant d'une coque conjonctive qui les sépare du tissu pulmonaire non envahi. La disposition du néoplasme est la même que dans les organes précédents. A la périphérie, l'infiltration du tissu conjonctif se propage par ces boyaux remplis de cellules cubiques.

Nous ferons remarquer, à la suite de cette observation, quel développement a pu prendre notre cancer du pancréas sans amener de troubles notables. A part quelques douleurs peu intenses, rien n'était capable de mettre sur la voie du diagnostic, et l'ictère qui a précédé la mort s'est d'abord montré si bénin que l'on a pensé à un ictère catarrhal; le malade lui-même attribuait cet ictère à l'émotion produite par l'approche d'une opération. Aucun trouble n'a, d'autre part, attiré l'attention sur les organes présentant des noyaux de généralisation.

Chez notre malade on n'a donc noté ni dyspepsie pancréatique, ni stéarrhée, ni lipurie. Nous avons pu nous convaincre, à l'autopsie, de l'absence d'adénopathies accessibles siégeant loin des organes malades. Il n'y avait pas non plus de diabète et on ne nous a pas signalé d'amaigrissement notable.

Enfin, il n'y a pas eu cette cachexie à marche rapide, considérée par les auteurs comme habituelle dans le cancer du pancréas.

La lecture des observations publiées indique nettement qu'il faut songer au cancer du pancréas quand un ictère, brusquement apparu, n'a aucune tendance à la régression et s'accompagne d'une rapide altération de l'état général, mais, dans ce cas, le diagnostic reste douteux si la sensation d'une tumeur ne vient lui donner un sérieux appoint, et, alors même que l'on perçoit une tuméfaction, on peut conserver des doutes sur la réalité du diagnostic.

Il arrive fréquemment, en effet, que des malades atteints de cancer du pancréas aient simultanément une obstruction des canaux excréteurs de la bile par des calculs et que la vésicule biliaire dilatée donne la sensation d'un néoplasme. Ceci se remarquait dans l'observation VI de MM. Bard et Pic. Cette observation a trait à une malade que ces médecins ne purent observer que dans les derniers jours de sa vie. Elle avait eu, six ans avant les accidents dont elle se plaignait, des accès de douleurs abdominales rappelant les coliques hépatiques, au moment où on l'observa on trouva une tumeur ressemblant à une vésicule biliaire dilatée. La malade mourut et on vit que cet organe, dilaté en effet, renfermait 9 calculs, dont l'un gros comme un œuf de pigeon; le foie présentait quelques petits noyaux grisâtres superficiels paraissant de nature cancéreuse; le pancréas n'offrait d'anormal qu'une induration de sa tête, en coupant celle-ci on voyait une région sclérosée, dure, jaune, dans laquelle la glande avait perdu son aspect normal, on y distinguait mal les lobules; des bandelettes fibreuses s'y entrecroisaient en tous sens, circonscrivant des loges renfermant les restes de la glande.

Dans cette observation, il est curieux de voir qu'une induration de la tête du pancréas, et que quelques petits noyaux de la surface du foie aient suffi à amener une mort rapide accompagnée des symptômes habituels, des cancers du pancréas et surtout de l'ictère chronique; les auteurs ne nous disent pas, en effet, que la tête du pancréas ait présenté une augmentation de volume, leurs propres paroles sont: « le pancréas ne présente rien d'anormal, sauf au niveau de sa tête où l'on constate de l'induration ». Cette induration ne peut expliquer la rétention biliaire. L'observation que nous discutons dit formellement, en effet, que le canal cholédoque était perméable à un stylet, mais que des pressions faites sur la vésicule biliaire ne pouvaient déterminer l'issue de la bile hors de l'ampoule de Vater; il n'est pas parlé des autres conduits excréteurs.

Voici donc une observation discutable au point de vue de la facilité du diagnostic clinique.

Nous ne prétendons pas, bien entendu, que le diagnostic de cancer du pancréas soit toujours impossible, mais il nous semble qu'il doit toujours être réservé. Dans notre observation, rien ne pouvait y faire songer, l'abdomen tympanisé empêchant toute exploration directe; dans le cas suivant, toutes les probabilités étaient en faveur de l'existence d'un cancer pancréatique, et le diagnostic a été infirmé par l'examen nécroscopique.

Obs. II. — Le nommé Cot..., âgé de 63 ans exerçant la profession de tailleur d'habits, entre le 16 avril 1888, dans le service de M. le Dr Landrieux à l'hôpital Saint-Antoine, salle Bichat, nº 12. Cet homme sur les antécédents héréditaires duquel nous n'avons presque pas de renseignements, avait toujours joui d'une excellente santé, lorsque le 1er novembre dernier, il se réveilla avec un ictère dont rien n'avait pu faire prévoir la production. Pendant 5 mois et demi cette coloration jaune des téguments persista, augmentant parfois d'intensité diminuant d'autres fois, sans jamais disparaître complètement. La santé générale restait d'ailleurs très-bonne. Le 13 avril Cot..., ressentit tout à coup dans l'hypocondre droit une douleur s'irradiant vers la région inguinale du même côté et s'accompagnant d'une diarrhée assez violente. La douleur ne dura qu'un quart d'heure mais la diarrhée persista et s'accompagna d'un ballonnement du ventre très marqué. Depuis ce moment, le malade eut un dégoût prononcé pour la viande et pour le pain: 3 jours après les premières douleurs, une nouvelle crise analogue se produisit accompagnée de légers vomissements et d'hématémèses. Le malade se décida alors à entrer à l'hôpital, et lorsque nous l'observâmes, il présentait une teinte ictérique très prononcée de tous les téguments et de la conjonctive. La face cependant avait un aspect terreux un peu spécial; le foie semblait un peu atrophié à la percussion, et lorsque l'on palpait l'abdomen, on réveillait une douleur au niveau de la vésicule biliaire, mais le météorisme abdominal était si accusé que l'on ne pouvait presque rien sentir à la palpation, si ce n'est un empâtement siégeant au dessous du lobe gauche du foie. La langue était recouverte d'un épais enduit saburral. Les garde-robes ressemblaient à du mastic; la rate était normale; on n'entendait rien à l'auscultation. Dans les jours qui suivirent son entrée, le malade eut des crises douloureuses dans la région du foie; ses jambes s'œdématièrent, de l'ascite se produisit, il s'affaiblit rapidement et, le 25 avril, il mourut.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, deux litres de liquide s'écoulent: le grand épiploon adhère au péritoine pariétal; il est épaissi et induré, et au niveau des indurations il est adhérent aux anses intestinales sous-jacentes; les noyaux indurés dont est parsemé l'épiploon sont très durs à la coupe; ils crient sous le scapel. Lorsqu'on regarde les viscères abdominaux on les voit tous colorés en jaune; le foie présente une couleur vert sombre; quelques plaques de sclérose, les unes allongées, les autres, petites et étoilées se remarquent à sa surface; à la face convexe, une plaque jaunâtre, plus grosse que les précédentes, s'enfonce dans la substance du foie. L'aspect extérieur de cet organe est granité, parsemé par un pointillé alternativement jaune et vert au milieu duquel se rencontrent par places, de petites suffusions sanguines. Lorsque l'on fait des coupes du foie, on trouve que son parenchyme est mollasse, friable, d'une teinte verte générale, parsemé de petit îlots jaunâtres. Le volume général de l'organe est plutôt diminué qu'augmenté; sa forme est peu modifiée, et pourtant son lobe droit est presque complètement envahi

par une masse cancéreuse d'un blanc jaunâtre au dessus de laquelle existe un gros kyste biliaire renfermant environ 200 grammes de bile et immédiatement sous-jacent à la face convexe. Les plaques blanches de la surface du foie ne sont que de la sclérose, et l'on constate sur les coupes qu'elles se prolongent en suivant le trajet des vaisseaux. Des coupes histologiques de la tumeur du foie faites ultérieurement, démontrent la nature carcinomateuse de ce néoplasme. Le hile du foie est également envahi par le cancer et les organes qu'il renferme sont tous englobés dans une masse dure arrivant au contact de la tête du pancréas et du duodénum, mais les respectant. Le canal cholédoque et le canal hépatique ont leurs parois extrêmement épaissies; la vésicule biliaire est petite, mais ses parois sont très épaissies; elle ne renferme pas de calculs. Le pancréas, dont le volume est normal, est sclérosé, mais on ne peut y découvrir de noyaux squirrheux.

La rate est légèrement augmentée de volume, les reins sont normaux; l'estomac et l'intestin ne présentent rien de particulier, les poumons sont un peu congestionnés aux bases; le cœur est sain, mais les grosses artères sont très athéromateuses.

On a donc eu affaire, dans ce cas, à un cancer primitif du foie propagé au hile de cet organe et ayant amené la mort par cholémie en dehors de toute généralisation. Le diagnostic posé sur le vivant avait été cancer du pancréas à cause du brusque début de l'ictère dont la persistance ne s'était accompagnée d'aucun phénomène morbide sérieux. Nous savons, en effet, qu'il est fréquent de rencontrer ce mode de début dans les néoplasmes pancréatiques. La marche de l'affection cadrait bien également avec un certain nombre des observations publiées; tout à coup, en effet, la maladie s'aggrava, le patient se cachectisa rapidement; il eut un dégoût tout spécial pour la viande, et ce qui nous poussa encore à poser le diagnostic de cancer pancréatique fut ce double fait que le foie n'était ni augmenté de volume ni bosselé et qu'au-dessous de lui, on sentait une tuméfaction profonde. L'autopsie nous apprit que celle-ci était dûe à l'envahissement du hile par un cancer du foie, mais nous nous demandons comment sur le vivant on aurait pu assigner un siège exact à la tumeur perçue, étant données les difficultés apportées à la palpation par le tympanisme abdominal, et alors même que ce tympanisme n'eût pas existé, nous croyons que la confusion eût été inévitable.

Cette observation vient donc encore à l'encontre de l'affirmation de MM. Bard et Pic pour lesquels le diagnostic de cancer du pancréas « est facile et sûr », quand on a appris à le connaître. Au point de vue anatomique les pièces, provenant de notre première observation, montrent bien le cachet spécial imprimé au carcinome par le type de la cellule pancréatique. Sur ce point, nous sommes d'accord avec MM. Bard et Pic et, depuis longtemps déjà, M. Pilliet avait été frappé par ce fait dans ses nombreuses préparations de cancer. M. Lancereaux a déjà dit, d'ailleurs, dans son traité d'anatomie pathologique qu'il existe une forme spéciale d'épithélioma correspondante à chaque forme d'épithélium normal. Pour nous résumer, nous dirons que le diagnostic de cancer du pancréas est toujours difficile, qu'alors même que les symptômes font penser à lui, c'est avec des réserves qu'il faut en admettre l'existence, sauf peut-être dans les cas où les phénomènes d'ictère subit et persistant, de tumeur abdominale s'accompagneraient d'amaigrissement rapide, et parfois aussi de selles graisseuses et de diabète.

REVUE CRITIQUE

Du cancer du larynx (*suite*) (1);

Par J. BARATOUX.

SYMPTÔMES. — Les symptômes varient avec les périodes de la maladie qu'on peut diviser en : 1° *période irritative*, caractérisée par des troubles légers de la phonation et de la respiration, ne différant guère des troubles de même nature produits par la laryngite catarrhale; 2° *période ulcéreuse*, dans laquelle se montrent la dyspnée et la dysphagie dues au développement et à l'ulcération de la tumeur, et 3° *période cachectique* caractérisée par la déchéance entière de l'organisme.

Le début de l'affection est presque toujours latent, ou du moins les premiers troubles sont si légers que le malade ne prend pas garde à son mal. Krishaber a fait ressortir l'étonnante bénignité du début et la lenteur de l'évolution du cancer à sa première période.

Ce sont ordinairement les troubles de la *voix* qui frappent le malade, encore peuvent-ils persister pendant plusieurs mois et même plusieurs années avant qu'il ne vienne consulter un médecin à ce sujet. La voix d'abord voilée devient rauque et enrouée; l'aphonie est très rare au début. Tant que les cordes vocales ou les parties voisines sont intactes, la voix peut rester normale; s'il y a dysphagie, c'est qu'il existe une lésion du nerf récurrent: la voix est alors bitonale et rauque, et elle prend les caractères de la voix de fausset au moment de l'effort. Dès qu'apparaît l'ulcération, la voix perd graduellement son intensité, l'aphonie laisse supposer que les deux côtés du larynx sont envahis. Lublinski fait remarquer que l'aphonie des cancéreux est moins accusée que celle des tuberculeux.

A moins de complications récurrentielles, les troubles de la *respiration* ne surviennent que fort lentement dans le cours du développement de la tumeur. En effet, au début, ce n'est qu'à l'occasion d'une course, d'un effort, d'une fatigue de la parole que se montrent les premiers troubles respiratoires, et encore sont-ils légers; mais ils s'accusent davantage lorsque arrive la seconde période; ils sont alors caractérisés par une dyspnée presque continue qui n'est pas toujours proportionnée au degré de rétrécissement laryngé; la compression du récurrent, l'ankylose, la destruction des articulations crico-aryténoïdiennes et la dégénérescence cancéreuse des fibres musculaires sont des éléments qu'il faut faire entrer en ligne de compte dans l'accentuation de ces symptômes. Le malade est pris d'un cornage bruyant et pénible qui, au dire de M. Fauvel, revêtirait un timbre dur. La trachéotomie devient inévitable à cause des accès de suffocation qui se répètent et de l'asphyxie qui survient progressivement ou au moment d'une crise.

La *toux* est assez fréquente pendant la période irritative, où elle prend un timbre rauque, mais elle se supprime dans les stades suivants, soit par suite du développement lent et progressif du néoplasme, soit par tolérance ou par envahissement des nerfs laryngés, d'où abolition de la sensibilité réflexe de l'organe.

L'*expectoration*, d'abord spumeuse et peu abondante, devient sanieuse, purulente et fétide dès que le cancer est ulcéré. Les crachats contiennent parfois des parcelles de la tumeur ainsi que des filets de sang quand ils ne sont meme pas complètement sanglants. La présence du sang a été signalée longtemps avant le début des acci-

(1) Voir *Progrès médical*, n° 20, 19 mai 1888.

dents graves (Krishaber et Fauvel) ; elle semblerait due à de petites hémorrhagies produites par la congestion interne de la muqueuse (Lublinski); mais, dans la grande majorité des cas, elle résulterait d'une ulcération. Habituellement, l'hémorrhagie est peu abondante, mais elle est souvent répétée; quelquefois elle a déterminé la mort (Türck, Desnos, Dreyfous).

La *salivation* est parfois exagérée au début; elle coïncide alors avec la dysphagie causée par la présence de la tumeur au niveau des parties sus-laryngées; mais, généralement, elle ne devient abondante que dans le cours de la période ulcéreuse (Koch), principalement lorsque le cancer est extrinsèque. Cette sécrétion, claire au début, devient visqueuse, fétide et purulente; l'écoulement en est continuel, au point de gêner considérablement le malade. L'haleine prend une odeur fétide qui est insupportable pour l'entourage du patient.

Suivant le siège du néoplasme, les troubles de la *déglutition* sont précoces ou tardifs. Ils sont précoces lorsque le cancer occupe l'épiglotte ou les parties supérieures du larynx, la voix est alors généralement peu altérée. La plupart du temps, cette dysphagie n'est que mécanique, elle se manifeste d'abord pour les aliments solides ; puis les liquides sont avalés difficilement, tandis que les aliments à demi solides peuvent encore passer. Dans le cas où la tumeur est intrinsèque, la dysphagie est tardive, elle se montre même d'autant moins rapidement que le côté gauche du larynx reste sain plus longtemps, ce qui serait dû aux rapports de cet organe avec le tube pharyngo-œsophagien (Koch). Si l'œsophage est envahi, l'alimentation est rendue presque impossible par le rétrécissement de ce canal, aussi la mort peut-elle être due à l'inanition.

Ces troubles de la déglutition augmentent dans la deuxième période, mais il est plus fréquent de les voir se produire par suite de l'exagération de la sensibilité de l'organe. Ils sont alors d'autant plus accentués que la paroi postérieure du larynx, surtout de sa partie gauche, est ulcérée ou œdématiée. La douleur (*odynophagie*) rend l'alimentation impossible et occasionne un amaigrissement rapide et les troubles de nutrition générale.

La *douleur* n'est pas un symptôme constant de la première période : le larynx n'est alors sensible ni spontanément, ni à la pression. Au niveau de la tumeur, le malade n'éprouve guère que quelques picotements provoqués par la toux et l'usage de la parole. Plus tard apparaît en cet endroit une douleur spontanée et intermittente qui, alors, devient continue, sourde et même lancinante. Elle s'irradie assez fréquemment à la face, aux tempes, aux oreilles, au cou ainsi qu'aux glandes sous maxilliaires et cervicales (Mackenzie). Cette irradiation de la douleur n'est pas rare lorsque le cancer siège au niveau de l'infundibulum laryngien ; elle semble produite par l'irritation des filets du pneumogastrique qui envoie au conduit auditif externe le nerf auriculaire postérieur et s'anastomose de plus avec le facial qui donne des rameaux nerveux au pavillon de l'oreille. La douleur augmente considérablement par la déglutition. Elle atteint son apogée au moment où le néoplasme s'ulcère; mais au fur et à mesure que l'épiglotte se détruit, la sensibilité de l'organe diminue.

L'état général peut rester satisfaisant pendant une assez longue période, mais lorsque les ulcérations se forment, la douleur, la salivation et principalement l'odynophagie déterminent l'amaigrissement. La période cachectique arrive d'autant plus rapidement que la douleur à la déglutition est plus prononcée. Le malade offre alors la teinte jaune-paille caractéristique du cancer et s'il n'a pas déjà été trachéotomisé, il succombe à l'asphyxie, à l'inanition ou à une complication de l'appareil pulmonaire.

Outre ces symptôme subjectifs, il existe une série de signes objectifs qui sont utile à connaître.

Palpation. — Le larynx peut être augmenté de volume, hypertrophié d'un ou des deux côtés, faire saillie au-devant du cou ou prendre l'aspect de la carapace de homard, aspect qui toutefois n'est pas caractéristique du cancer laryngé comme l'avait pensé Isambert. Parfois les contours de l'organe ne sont plus nettement déterminés par suite de l'inflammation des cartilages et des tissus périphériques. La palpation provoque souvent une douleur assez vive qui indique ordinairement une lésion du périchondre.

Adénopathie. — D'après Krishaber, on ne constaterait d'adénopathie cervicale que dans les cas de cancer extra-laryngé. Cette règle trop absolue a été rejetée par un certain nombre d'auteurs, entre autres Butlin et Schwartz. Ce dernier a vu que sur 11 cas de cancer extra-laryngé, les ganglions étaient pris neuf fois et que sur 17 cas de cancer laryngé, treize fois seulement les ganglions étaient sains. Dans nos observations, nous avons pu constater que les ganglions étaient envahis dans nos deux cas de cancer de l'épiglotte, dans notre cas de tumeur de la région sous-glottique et dans celui de cancer généralisé à tout l'organe; mais nous ne les avons trouvé altérés qu'une seule fois sur trois cas de néoplasme des bandes ventriculaires, qu'une fois également sur trois observations de cancer des cordes vocales et qu'une fois enfin sur deux cas de tumeur unilatérale. Dans un grand nombre d'observations, on ne trouve aucune mention de l'état des glandes du cou; toutefois dans celles où l'adénopathie est relevée, on remarque qu'elle est plus fréquente lorsque le cancer est extrinsèque. Ordinairement l'adénopathie est unilatérale; lorsqu'elle existe, on sent un ou plusieurs ganglions le long du bord du sterno-mastoïdien. Si c'est un cancer extrinsèque, le premier ganglion atteint se trouve sur le bord antérieur de ce muscle, au niveau de l'espace séparant l'os hyoïde du cartilage thyroïde. Dans le cas de cancer extrinsèque, ce sont les ganglions inférieurs du cou qui sont envahis.

M. Fauvel est d'avis que l'adénopathie apparait le plus souvent avant la période ulcéreuse ; mais quoiqu'aussi M. Le Dentu (1) ait reconnu un cancer du larynx au début, grâce à la présence d'un ganglion sur la paroi latérale du cou, il ne nous a pas semblé que telle était la règle habituelle : l'adénopathie est rarement précoce. Une fois atteints, les ganglions peuvent prendre un développement assez considérable pour comprimer le tuyau aérien et gêner la respiration et même renverser la tête dans l'attitude du torticolis comme nous l'avons observé dans un cas de cancer unilatéral, ils peuvent aussi contracter des adhérences avec les parties voisines, s'enflammer et s'ulcérer (Terrier). Enfin les ganglions engorgés ne sont pas tous cancéreux : Hahn en a vu qui étaient simplement hypertrophiés; au reste cet auteur dit qu'on n'observe presque jamais de carcinome infectieux des ganglions lymphatiques du voisinage.

Tostain (2) a constaté qu'il y avait coïncidence de l'ap-

(1) Le Dentu. — *Soc. de chirurgie*, 1880, 3 mai.

(2) Tostain. — *Du cancer des ganglions cervicaux consécutif aux cancers des voies pharyngo-œsophagienne et laryngée.* Paris, 1881.

parition de la tumeur ganglionnaire avec l'envahissement de la région aryténoïdienne, ce qui serait dû à ce que les lymphatiques sont très rares dans le larynx, tandis que le pourtour du vestibule et surtout la muqueuse aryténoïdienne, les replis aryténo-épiglottiques et la partie supérieure de l'épiglotte seraient très riches en lymphatiques (Sappey). Cette règle n'est pas absolue, car dans notre cas de cancer sous-glottique, l'espace aryténoïdien était absolument sain et cependant les ganglions cervicaux étaient nettement envahis.

Toucher. — Nous n'attacherons que peu de valeur à ce signe qui ne fournit guère que quelques indications dans les cas de cancer de l'épiglotte ou des replis aryténo-épiglottiques. Il est préférable d'avoir recours au miroir pharyngien, procédé d'exploration moins dangereux et plus utile que le toucher.

Examen laryngoscopique. — Le miroir nous renseigne en effet sur le siège de la tumeur, sur son point d'inflammation, sur sa forme, sur son volume, etc... Mais au début il ne permet pas toujours de reconnaître la nature de l'affection. Souvent, en effet, la lésion consiste simplement en une hypérémie ou une congestion de la muqueuse et en un léger gonflement circonscrit ou irrégulier semblant faire corps avec le tissu sur lequel il s'est développé. Plus tard apparait une saillie qui prend la forme d'une tumeur de couleur rouge-sombre, arrondie, bien limitée et largement implantée. Cette tumeur qui peut atteindre le volume d'une noix fait saillie dans la cavité laryngienne qu'elle obstrue. D'autres fois, le cancer a l'aspect de végétations polypiformes, uniques ou multiples, isolées, plus ou moins pédiculées ; leur point d'implantation est cependant ordinairement assez large ; la muqueuse environnante a une coloration rouge-foncé. Les tumeurs se multiplient en formant des excroissances ayant l'aspect de choux-fleurs qui remplissent plus ou moins complètement le larynx. Le cancer peut encore se montrer sous forme d'infiltration diffuse sous-muqueuse, peu étendue en général. Sa surface d'un rouge-vineux est lisse ou recouverte de petites nodosités grisâtres.

La lésion qui débute ordinairement par les bandes ventriculaires principalement, puis par les cordes vocales, par l'épiglotte ou encore par les replis, envahit les parties voisines au point qu'il est bientôt difficile de préciser le lieu d'origine du néoplasme. Une grande partie, la moitié ou même la totalité du larynx est ainsi envahie. Il n'est pas rare de voir se développer en des points éloignés de la tumeur, une légère tuméfaction due à l'apparition d'un nouveau noyau cancéreux. Dans un cas de Schiffers (1) où l'épiglotte semblait être malade seulement à droite, quoiqu'il existât un léger gonflement du côté opposé, le microscope permit de reconnaître que tout le tissu était infiltré par la masse néoplasique. Dès que les ulcérations sont formées, elles bourgeonnent activement en même temps qu'elles s'étendent en superficie et en profondeur. Leur surface est fongeuse, baignée par une sécrétion sanieuse, purulente, muco-purulente ou sanguinolente. Lorsque les ulcérations se développent en des points où le tissu sous-muqueux est lâche, elles peuvent donner lieu à de l'œdème.

L'épiglotte est-elle envahie, elle prend l'aspect d'une masse inégale, arrondie et recouverte de mucosités qui cache la glotte. Celle-ci se montre sous forme d'une ouverture irrégulière, étroite, comparable à une fente. Les bandes ventriculaires et les cordes vocales ressemblent à une tumeur informe, ulcérée et bourgeonnante ; elles laissent entre elles un espace tellement étroit qu'une intervention chirurgicale est rendue nécessaire.

D'un autre côté, le néoplasme détruit les cartilages et gagne les parties extra-laryngées, mais il se fait rarement jour à l'extérieur tant qu'il n'y a pas eu d'opération sanglante ; dans ce dernier cas, des végétations naissent de la surface de la plaie. Cependant, quelquefois, avant qu'on ait eu recours à la trachéotomie, le néoplasme donne lieu à des fusées purulentes et à des fistules bourgeonnantes. Le corps thyroïde (Monod) et les ganglions peuvent aussi se ramollir et s'ulcérer.

Marche. Durée. Terminaison. — Pendant la première période, qui peut durer de quelques mois à 2 ou 3 ans et même 20 ans (Krishaber), il n'existe que des troubles légers du côté du larynx (altération de la voix, dysphonie) ou de la gêne de la déglutition, suivant le siège de la tumeur. Au cours de la deuxième période, le calibre du larynx ou de l'œsophage diminuent progressivement, il survient de la dysphagie ou de la gêne respiratoire qui varie avec la position et le volume du néoplasme. On est alors souvent obligé d'avoir recours à une intervention chirurgicale pour remédier aux menaces d'asphyxie. C'est dans le cours de cette période ulcéreuse que l'on observe surtout les douleurs intolérables, la salivation abondante, les hémorrhagies et l'odynophagie. A la période cachectique, le malade amaigri, présentant la teinte jaune-paille, exhalant une odeur fétide et repoussante, croit parfois à une amélioration qui toutefois n'est que factice : elle est due à la diminution de l'œdème et à la destruction de quelques parties de la tumeur, et la mort vient alors le surprendre au moment où il a une lueur d'espoir d'amélioration.

De toutes les formes du cancer, c'est le sarcome qui offre la marche la plus lente. Il peut rester longtemps sans déterminer des troubles sérieux de l'organisme. L'évolution de l'encéphaloïde est, au contraire, la plus rapide ; cette variété de néoplasme a aussi plus de tendance à envahir les parties voisines que les autres formes de cancer.

La durée de l'affection varie nécessairement avec la nature de la tumeur et l'intervention chirurgicale. D'après Fauvel, les malades atteints d'encéphaloïdes vivent en moyenne de 2 ans 1/2 à 3 ans (Fauvel, Lublinski) ; ceux qui ont des épithéliomes ne dépassent guère 4 ans. Le sarcome donne une survie beaucoup plus longue.

La mort peut survenir lentement ou subitement. La terminaison rapide est due à une suffocation brusque, à une hémorrhagie, à une compression des récurrents (Binet), à une syncope (Lublinski). Elle peut encore être déterminée lors du changement de la canule trachéale, par des mucosités que le malade ne peut expectorer ou par un fragment de la tumeur obstruant les voies aériennes. La mort lente arrive le plus souvent par inanisation ou par asphyxie, due aux progrès de la tumeur ou à l'infiltration du voisinage, ou encore par complication intercurrente (affection bronchique, pulmonaire ou pleurale). (*A suivre*).

(1) Schiffers. — *Contribution à l'étude du cancer du larynx. Rev. mens. d'otol. et de lar.*, 1882, sept.

Epidémies. — Une épidémie de pelade sévit actuellement dans les casernes de sapeurs-pompiers de Paris Il paraît qu'il y a déjà plus de 130 hommes atteints. On a pris des mesures énergiques : les objets de literies ont été changés dans les divers postes. Voilà qui va de suite donner de l'ouvrage à la commission académique de la pelade. C'est le moment où jamais d'observer et de voir si oui ou non la pelade est contagieuse.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les traitements de la rétroversion.

Depuis le commencement du siècle, l'attention des médecins a été appelée sur les déplacements de l'utérus. Parmi ces déplacements, la rétroversion, par sa fréquence, par la facilité de sa réduction, devait tenter les gynécologistes qui ont cherché à traiter cette pénible affection.

Nous n'entendons point nous occuper ici de la *rétroversion de l'utérus gravide*, accident auquel les Traités d'accouchement consacrent un chapitre important; il se produit au 3e ou au 4e mois de la gestation et se traduit par des symptômes de compression dans le petit bassin qui entravent la continuation de la grossesse. Nous voulons seulement parler de la *rétroversion de l'utérus à l'état de vacuité*, de cet accident fréquent, trop souvent méconnu, qui se confond habituellement avec le cortége de maux désignés sous le nom de *suites éloignées des couches*.

Depuis quelques années, l'oubli où était plongée la rétroversion, comme du reste une grande partie des affections utérines, a fait place à un intérêt peut-être trop empressé. Chaque chirurgien tenant à honneur d'attacher son nom à un procédé opératoire a laissé dans l'ombre, d'une part, les symptômes de l'affection et les indications thérapeutiques différentes suivant les cas; d'autre part, les très nombreux et très sérieux travaux publiés sur ces sujets vers le milieu du siècle. Chacun s'est attaché à décrire un manuel opératoire, un outillage chirurgical spécial; ces procédés, hâtivement inventés, appliqués avant d'être mûrement réfléchis, ont rencontré des échecs et ont disparu rapidement pour être remplacés par d'autres procédés également hâtifs. Comme tant d'autres affections gynécologiques, par exemple l'endométrite et son traitement, le curage de l'utérus dû à Récamier, la rétroversion de l'utérus a été étudiée en France par Valleix, Aran, Vidal, etc.; et, après avoir subi un oubli de 30 ou 40 ans, nous est revenue avec des changements de nom, des différences dans le manuel opératoire, et même avec quelques opérations, appliquées, après avoir été autrefois proposées par les chirurgiens français, sans être exécutées par eux, avant l'emploi d'une antisepsie rigoureuse. Il est des cas où viennent échouer les moyens qui s'adressent uniquement à l'extérieur, où, pour faire d'une femme infirme une femme valide, il faut recourir à une opération. Ces opérations sont-elles applicables? Celles qui ont été proposées remplissent-elles toutes les mêmes indications? Quel procédé faut-il, dans l'état actuel de la chirurgie gynécologique, préférer dans tel cas donné? Voici des questions auxquelles nous allons chercher des solutions dans les auteurs.

Velpeau, en 1845, donna une série de leçons (1) qui font époque dans la question des déplacements utérins. Avant lui plusieurs auteurs, parmi lesquels nous citerons Saxtorph (2), Denmann (3), Boivin et Dugès (4), Hervez de Chégoin (1) avaient décrit quelques cas d'utérus non gravide en rétroflexion. Mentionnons, en particulier, Lisfranc, dont les leçons cliniques, rédigées par H. Pauly, datent de 1836; cet auteur rattache les déviations utérines à l'engorgement utérin et leur impose le même traitement déplétif. L'opinion de Malgaigne qui, en 1849, vint nier à l'Académie l'existence des déviations utérines n'eut heureusement que peu d'influence sur les études, et, dès 1854, sous l'impulsion de Valleix, qui venait, en 1850, de publier d'importantes leçons sur ce sujet, l'Académie remit les déviations utérines à l'étude. En Allemagne, à la même époque, Sommer (2) publiait des autopsies de flexions utérines et les symptômes observés chez ces malades.

Au traitement symptomatique de Lisfranc qui décongestionnait l'utérus, succède la période anatomo-pathologique, avec Aran, qui parle du redressement par les tiges intra-utérines. Mais cet auteur regarde « ce traitement hardi comme une extrémité à laquelle il ne faut se résoudre qu'après avoir soigneusement examiné les annexes ». Remarquons, en passant, le grand sens clinique de ce praticien qui, dès cette époque, se préoccupait déjà de ce qui intéresse actuellement les gynécologistes: les déplacements utérins, les annexes de l'utérus. Courty, également, ne recourt aux tiges intra-utérines qu'à la dernière extrémité (3). Nonat (4) étudie la symptomatologie de la rétroversion dont il établit trois degrés; il insiste sur la rétention d'urine comme effet et non comme cause de l'affection ainsi que l'affirmaient Denmann et Callisen; il indique le moyen d'obtenir la réduction par l'introduction d'un doigt dans le rectum, l'autre doigt étant placé dans le vagin, et le maintien de la position par le pessaire à air de Gariel; il parle ensuite du pessaire rectal d'Huguier qui rendrait de grands services s'il pouvait être supporté.

La thèse d'agrégation de Cusco, 1853, résume bien l'état de la question à cette époque; nous allons en faire une très courte analyse. Cet auteur admet, comme Courty, trois degrés de flexion: 1° la *flexion légère, récente* à laquelle il attribue, comme Lisfranc, une cause inflammatoire et qu'il traite comme une simple métrite; 2° la *flexion plus prononcée* avec ses causes, accouchement et avortement, pour laquelle il préconise le *redressement chirurgical* et le *maintien* de la rectitude; 3° les *déformations* très anciennes, réductibles, mais se reproduisant aussitôt, auxquelles il appert d'appliquer le *redressement permanent*.

Parmi les moyens de redressement, il signale: A) Le procédé de Boivin et Dugès (p. 218) qui conseillent l'introduction d'un doigt dans le rectum, de l'autre doigt dans le vagin, et le redressement en agissant inversement ainsi sur le corps et le col. — B) La pratique de Velpeau, qui emploie une sonde articulée intra-utérine, redressée au moyen d'un ressort. — C) celle de Kiwish et Simpson qui se servent d'une sonde utérine,

(1) Velpeau. — *Gazette des Hôpitaux*, 1846. Leçons recueillies par Pujol.
(2) Saxtorph.— *Coll. soc. med. Hawniense*s, 1775, t. II, p. 126.
(3) Denmann. — *Introduction to midwidifery*. London, 1801.
(4) Boivin et Dugès. — *Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes*, t. I, p. 295.

(1) Hervez de Chégoin. — Paris, 1838.
(2) Sommer. — *Beitrage zur Lehre des Flexionen*; in *Deutsch. Klinick*, 1850.
(3) Courty. — *Traité des maladies de l'utérus et des annexes*, p. 896.
(4) Nonat. — *Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes*, 1860, p. 469.

tandis qu'Huguier utilise son hystéromètre. Cusco signale, pour les rejeter, les moyens chirurgicaux. Remarquons que, dès 1828, Robertson avait proposé, dans Edinburg med. et surg., (J. XVIII, 520), de raccourcir la muqueuse du vagin contre les déviations et les chutes de l'utérus ; qu'Amussat excisait une portion de la muqueuse, et établissait des adhérences avec les lèvres du col ; que Desgranges pratiquait la même opération par destruction partielle de la muqueuse au moyen d'une cautérisation. Le nom seulement de colporrhaphie a été inventé depuis pour baptiser ces opérations. Du reste, Cusco rejette également les mèches rectales d'Huguier (1), et le redressement intra-utérin de Kiwisch, de Simpson d'Edinburg, de Valleix, qui employaient des pessaires à tige intra-utérine. Il parle favorablement du décubitus sur le ventre après réduction, proposé par Schmitt et Schwügerhauser.

De 1850 à 1880 les nombreux travaux qui paraissent semblent surtout avoir pour mission de préconiser tel pessaire à l'exclusion des autres. Bard (2), Piochaud (3), Lucas (4), Mlle C. Gontcharoff (5), Chaumard (6), ont successivement traité avec un certain intérêt la question qui nous occupe. Dans la thèse de Mlle Gontcharoff, en particulier, la question historique, en France et à l'étranger est étudiée très soigneusement.

En même temps mûrissait la théorie qui devait aboutir au raccourcissement des ligaments ronds, opération dite d'Alexander.

ÉTIOLOGIE. — Nous avons affirmé au début que la rétroversion communément était un accident de suites de couches. Les tableaux d'Emmet prouvent que 26,76 p. 100 des femmes, malades par les organes génitaux, sont atteintes de version, et que presque tous ces déplacements ont succédé à l'accouchement. Comment agit ce phénomène physiologique pour produire cet accident ?

La tête du fœtus en passant à travers le col peut le déchirer ; si ce fœtus est gros, il dilacère la face postérieure du vagin dont il force le système musculaire et peut enfin rompre le périnée.

Cette suite d'accidents, dus au passage de la grosse tête fœtale, entraîne la diminution ou l'absence de résistance du plancher pelvien ; ajoutons à cela des causes occasionnelles : augmentation de poids de l'utérus, laxité des ligaments qui viennent d'être surdistendus par la grossesse, et nous aurons comme conséquence naturelle la rétroversion et la rétroflexion de l'utérus. La rétroversion fait donc partie d'une triade symptomatique dont les premiers termes sont : déchirure du col et déchirure du périnée ; que cette déchirure soit externe, déchirure du périnée proprement dite ou simplement déchirure des muscles de la paroi postérieure du vagin.

(1) Th. Dupaigne, 1851.
(2) Bard. — *Déviations et engorgements de l'utérus*, 1850.
(3) Piochaud. — *Déviations utérines*, 1852.
(4) Lucas. — Th., 1871.
(5) Gontcharoff. — Th. 1876; étudie et rappelle l'emploi des tiges intra-utérines oubliées en France et reprises alors en Russie, par le Pr Larnowski de Pétersbourg.
(6) Chaumard 1867. — Opinion de Gallard sur la rétroversion et les rétroflexes.

Quelle part prennent chacun des termes de cette triade au résultat définitif : rétroversion, et comment agit la grossesse ? Et, d'abord du côté de l'utérus lui-même, après l'accouchement, on a observé dans les examens nécroscopiques que l'utérus, abaissé est coudé sur lui-même en levier de sonnette; que c'est du côté de la face hypertrophiée de l'organe que se fait la coudure; or, cette hypertrophie siège sur la face postérieure, d'ordinaire, puisque le placenta y est plus habituellement inséré (1). Ce serait là une des causes la rétroflexion ; les coupes faites par Virchow, au niveau de l'angle de flexion n'ont pourtant pas démontré de de tissu sclérosé. Pour Rindfleisch (2), la grossesse agirait en relâchant les adhérences du col à la paroi vésicale ; et après que les adhérences ont été détruites, l'utérus ne revient jamais à sa première place ; il y a destruction d'une des attaches les plus importantes de l'utérus, d'où abaissement du corps de l'utérus qui se fléchit sur le col.

Le rôle des ligaments a aussi intéressé vivement les auteurs : Les ligaments de Douglas, prenant leur insertion au niveau de l'isthme du col, c'est-à-dire au-dessus du point de flexion restent sans action sur la rétroversion ; mais souvent des brides circatricielles s'établissent en arrière dans la cavité de Douglas, qui maintiennent la situation vicieuse et deviennent une complication importante du traitement. Les ligaments de Rouget, de nouveau étudiés dans la thèse de Vallin (3), sont trop étendus pour agir bien efficacement dans la rétroversion. Quant aux ligaments ronds, on sait la grande importance qu'on leur a fait jouer récemment et sans vouloir reprendre la revue importante qui en a été faite par Beurnier (4), nous serions trop incomplet en n'en disant pas ici quelques mots. Déjà Morgagni attribuait au relâchement des ligaments les déplacements utérins (5). Boivin et Dugès (6), en 1833, affirment les premiers l'importance des ligaments ronds pour maintenir l'utérus, et pour empêcher l'inclinaison en arrière « qui ne peut arriver que si les ligaments sont relâchés », et plus tard ils invoquent l'influence de la grossesse pour expliquer l'allongement de ces ligaments; Alquié, professeur de la Faculté de Montpellier, en 1840 (7) propose le raccourcissement de ces ligaments pour la cure des rétroversions et du prolapsus de la matrice ; Aran partage les idées théoriques d'Alquié, mais « ce sont des choses, sinon impraticables, du moins dont l'exécution présente de sérieuses difficultés et des dangers tels qu'on ne saurait les recommander expressément (8) ». Telle est l'idée théorique

(1) Martin. — *Neigungen und Bergungen der Gebürmutter*, page 30.
(2) Rindfleisch. — *Traité d'histologie pathologique*, 2e édit., 1888, p. 668.
(3) Vallin. Th. Paris, 1887. — *Prolapsus de l'ovaire.*
(4) Beurnier. — *Gazette des hôpitaux*, 3 mars 1888. *Revue générale sur les ligaments ronds et leur raccourcissement. — Opération d'Alexander*, et thèse de Paris, 1887.
(5). J.-B. Morgagni. — Ed. 9. Paris, 1822, *de sedibus et causis morborum*, XLV, 2 utéri prolapsus, variæ acceptiones et species, XLVI. Ligamenta laxa, id. 11.
(6) Boivin et Dugès. — *Traité des maladies des femmes.* Ed. 1833.
(7) Alquié. — *Bulletin de l'Académie*, 1840, t. VI. Sur une nouvelle méthode pour traiter les déplacements de la matrice.
(8) Aran. — *Traité des maladies des femmes.*

de l'opération qui porte le nom d'Alexander, chirurgien de Liverpool, qui semble l'avoir réalisée et réglée le premier (1). A ces causes inhérentes à l'utérus, et à ses moyens de soutien supérieur, il faut joindre et faire jouer un rôle très important au soutien inférieur, au plancher pelvien, qui, en se distendant, en cédant, en se rompant, ne fournit plus à l'organe l'appui qui est indispensable à son maintien. Si, ainsi qu'il a lieu d'ordinaire, c'est la partie postérieure du plancher, qui cède, soit par rupture du périnée, soit par rupture des muscles de la paroi postérieure du vagin, c'est en arrière que va basculer l'utérus, en rétroversion d'abord, puis en rétroflexion si le tissu utérin résiste mal et permet la coudure mentionnée par Martin et Rindfleisch; en même temps qu'on constatera un abaissement en masse de l'organe.

Dans un prochain numéro nous donnerons brièvement les symptômes de la rétroversion utérine et parlerons longuement de son traitement, question sur laquelle nous tenons surtout à insister. BL. EDWARDS.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 mai 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. ONIMUS rapporte l'histoire clinique d'un malade qui, il y a un an, fut frappé d'une secousse électrique lors des tremblements de terre de Nice, au moment où il était occupé à la manipulation d'un appareil télégraphique. Le bras droit, après avoir été presque complètement paralysé du mouvement et de la sensibilité, a peu à peu recouvré ses fonctions, bien que néanmoins la *restitutio ad integrum* ne soit pas encore complète. Il insiste sur ce fait que la secousse électrique fut manifestement en rapport avec la commotion tellurique.

M. LEMOINE (de Lille) a fait des recherches expérimentales et cliniques sur le *Strophantus hispidus*, desquelles il résulte que ce médicament est un diurétique puissant qui, à doses plus élevées, produit facilement l'albuminurie.

M. WIGNAL, étudiant les diastases sécrétées par le *bacillus mesentericus vulgatus*, a observé que ces produits dissocient aussi bien que la potasse caustique, les cellules et fibres de divers végétaux, pommes de terre, chou, navet, feuilles de marronier, etc.

M. D'ARSONVAL remet une note de M. CHARPENTIER sur l'*intensité comparative des lumières brèves et des lumières continues.* GILLES DE LA TOURETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 mai 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

Election d'un membre titulaire dans la section des associés libres. Votants : 91. Majorité : 46. Au premier tour, M. Magitot obtient 47 voix ; M. Lereboullet, 30; M. Rivière, 10; M. Blache, 3; M. Galezowski, 1. En conséquence, M. MAGITOT, ayant réuni la majorité des suffrages, est proclamé membre de l'Académie. Son élection sera soumise à l'approbation de M. le Président de la République.

M. LABORDE, à l'occasion de la récente discussion sur la *méco-narcéine*, maintient, au nom de M. Duquesnel et en son propre nom, qu'ils ont retiré de l'opium la narcéine pure, vraie, cristallisée, et un produit amorphe complètement débarrassé de la morphine et de la série des alcaloïdes convulsivants.

M. CONSTANTIN PAUL fait observer que la narcéine n'existe qu'en minime quantité dans l'opium, qu'elle est également inerte et ne devient active que si elle est associée à d'autres alcaloïdes encore indéterminés.

M. DE SABOÏA (de Rio-Janeiro) lit une note sur l'*extirpation totale de l'utérus et de ses annexes.* L'extirpation totale de l'utérus est justifiable dans certains cas de myofibromes, d'inversion irréductible et de cancer; elle est préférable à l'amputation partielle ou cunéiforme dans les cas de cancer ayant envahi les parois internes du canal cervical ou commencé par elle, et par contre l'amputation partielle doit être employée de préférence pour les cas de cancer de la portion vaginale du corps, parce que la récidive aura lieu après l'une ou l'autre de ces opérations, mais la femme est exposée à moins de dangers avec l'amputation partielle. L'extirpation par le vagin est préférable à celle par l'abdomen; elle doit comprendre les annexes de l'utérus afin de diminuer les chances de récidive et empêcher les troubles produits par les règles sur le processus de réparation. Le mouvement de bascule, fait d'arrière en avant, pour tirer, au cours de l'opération, le corps de l'utérus au dehors, rend le dégagement de l'organe plus facile qu'en le basculant d'avant en arrière. La suture de la plaie est inutile et peut être dangereuse; la ligature des vaisseaux est moins gênante pour la femme que les pinces laissées à demeure; les tubes à drainage ne présentent pas des avantages bien remarquables (1).

M. CORNIL lit un rapport sur le travail de M. Doyen, relatif à *la fièvre puerpérale et à l'érysipèle*, et dans lequel l'auteur a conclu que la fièvre puerpérale et l'érysipèle pouvaient être engendrés l'un par l'autre. M. Cornil accepte les conclusions de M. Doyen, mais hésite cependant à admettre que les accidents puerpéraux ne peuvent pas être causés par une autre bactérie que le streptococcus.

M. CORNIL lit, au nom de M. Fernand Widal, une note sur l'*identité de différentes formes de l'infection puerpérale*, qui se trouve ainsi résumée : 1° entre le streptocoque de l'infection puerpérale et celle de l'érysipèle, il n'existe, jusqu'à présent, aucun caractère définitif : et, dans l'état actuel de la science, il serait impossible à un expérimentateur de distinguer l'un ou l'autre de ces organismes ; 2° le streptococcus pyogenes suffit à produire différentes formes de l'infection puerpérale et le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est un des points les plus intéressants de son histoire.

M. PETER demande à M. Cornil si les observations de fièvre puerpérale qu'il rapporte se sont signalées par des symptômes typhoïdiques.

M. CORNIL fait remarquer que M. Widal a, en effet, insisté sur la forme septicémique de ces fièvres, plus grave que la forme pyohémique.

M. PETER regarde, au contraire, la forme pyohémique comme la plus grave, et estime que le streptococcus pyogenes est mal défini, puisqu'il est également susceptible de produire les formes pyohémique et septicémique.

M. CORNIL estime avec M. Hervieux que la forme septicémique comporte un pronostic sévère, et reconnaît que le streptococcus ne produit certes pas le pus ; c'est l'organisme qui fait le pus.

M. GUÉNIOT ne partage pas l'avis de M. Cornil et est d'avis que la forme septicémique de la fièvre typhoide est plus bénigne que la forme péritonitique.

M. SIREDEY exprime une opinion semblable à celle que défend M. Guéniot.

M. LELOIR fait une communication sur *la lèpre* (2), en réponse à la communication de M. Le Roy de Méricourt. Il serait désirable que le Dr Van Leent fit savoir sur quels faits cliniques et anatomo-pathologiques il s'appuie pour ne pas vouloir faire de la lèpre une névrite bacillaire.

(1) Alexander. — *Shortening of the round ligaments.* — *Med. Times* et *Gazette*, avril 1882.

(1) Nous rappellerons que M. le Dr de Saboïa est l'auteur de travaux très intéressants sur la pathologie externe qu'il a réunis dans sa *Clinica chirurgica do hospital do Misericordia,* formant 4 volumes in-8, avec figures.

(2) La discussion en cours sur la lèpre a eu pour point de départ la publication du livre de M. Leloir (Traité de la lèpre), publié par le *Progrès médical.*

Cette névrite est adoptée par tous les anatomo-pathologistes qui ont étudié la lèpre d'une façon précise. En ce qui concerne la contagiosité de la lèpre, M. Leloir avance que la lèpre a eu un foyer primitif, peut-être deux, d'où elle s'est répandue dans l'univers ; qu'elle ne s'est jamais montrée dans un pays sans y avoir été apportée ; qu'elle a toujours suivi les grands courants humains. Chaque fois qu'une nation souillée par la lèpre a été mise en contact avec un peuple vierge jusque-là de lèpre, ce peuple a été infecté, à quelque race qu'il appartînt Et réciproquement chaque fois qu'un peuple a évité le contact avec la nation envahissante ou immigrante infectée, il a échappé à la lèpre. L'étude des épidémies modernes de lèpre, enfin et surtout les cas où des individus habitant des pays non lépreux, n'ayant jamais habité des pays infectés par la lèpre, sujets nés d'ailleurs de parents sains, ont été contaminés après avoir eu des rapports avec des malades revenus des colonies atteints de lèpre, constituent des exemples démonstratifs de la nature contagieuse du mal. Bien que jusqu'ici l'inoculabilité de la lèpre ne soit pas encore démontrée, on ne peut expliquer la multiplication et la propagation de cette maladie autrement que par la contagion et en partie par l'hérédité. La contagion a peut-être pour origine la contamination directe ou indirecte du sujet sain par le virus des lépreux. Reste à savoir si la lèpre est contagieuse d'emblée ou secondairement.

M. Laboulbène lit un rapport sur une *mouche Tsé-tsé* de l'Afrique tropicale. Cette mouche ne serait pas venimeuse ; aussi, les accidents septicémiques ou virulents qu'on lui attribue doivent-ils être regardés comme le fait de l'inoculation de matières septiques puisées par ces mouches sur des animaux malades.

M. Delorme fait une communication sur *les lésions produites par la balle du fusil Lebel.*

M. Vidal, sur la proposition de M. le Président, est adjoint à la Commission de la pelade. A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 25 mai 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Féré, appliquant les remarques déjà faites par Briquet sur les avantages de la compression comme moyen de soulagement des céphalées hystériques, a employé avec succès dans ces cas ainsi que chez les épileptiques des *calottes doublées de plomb de chasse.*

M. Barié lit un mémoire sur la *périostite varioleuse*, complication d'ailleurs rare de la maladie, tardive, survenant de préférence chez les adolescents, localisée ou frappant divers os, plus fréquente au tibia, apyrétique, se terminant ordinairement par résolution.

M. Robin qui, dans des précédents mémoires, avait déjà étudié la pathogénie de l'*hémoglobinurie*, en présente aujourd'hui un exposé complet, basé sur de nombreux faits dont le plus net est le suivant : Vieille femme de 73 ans, avec rétrécissement inférieur de l'œsophage. Douleurs de rein, accidents gastriques, puis hémoglobinurie de 48 heures et enfin polyurie. Puis survient une pneumonie, de nouveaux accidents gastriques ; nouvel accès d'hémoglobinurie, dysurie et mort. M. Robin pense que le premier accès a suivi de près l'insuffisance rénale aiguë survenue brusquement, d'où une nouvelle preuve de l'origine rénale de l'hémoglobinurie ; il n'y avait pas, en effet, à ce moment trace d'hémoglobinurie. Anatomiquement, ce trouble fonctionnel se traduisait par une congestion rénale intense et généralisée par îlots dans un rein déjà sénilement scléreux. Mais pourquoi la congestion rénale s'est-elle traduite par l'hémoglobinurie et non l'hématurie, comme cela se voit ordinairement ? C'est, pense M. Robin, parce qu'il y a eu un trouble préalable de la nutrition ayant altéré la vitalité des hématies qui se sont très facilement détruites dans le rein, mettant ainsi en liberté l'hémoglobine au lieu d'être éliminées en nature dans l'urine. Partant de cette donnée, M. Robin pense qu'au point de vue pathogénique, on peut diviser toutes les hémoglobinuries en deux groupes. Dans l'un on pourrait ranger toutes les hémoglobinuries précédées d'hémoglobinhémie (tel est le cas des hémoglobinuries causées par l'hydrogène arsenié, l'acide pyrogallique, le chlorate de potasse, etc.), ce sont des *hémoglobinuries toxiques*. Dans l'autre groupe, au contraire, bien plus vaste, les deux facteurs pathogéniques interviennent ; c'est d'abord un trouble de la nutrition qui peut être fort variable : syphilis, syphilis et tuberculose, rhumatisme, maladie de Bright, etc., toutes affections capables de diminuer la vitalité globulaire, Si alors il survient une cause variable (telle que refroidissement, marche, fatigues, efforts, alcoolisme, traumatisme rénal), elle pourra produire brusquement une poussée congestive dans le rein : les deux facteurs existeront alors et la maladie se manifestera aussitôt, c'est le cas de l'*hémoglobinurie paroxystique*, essentiellement rapide et transitoire.

Mais la congestion rénale pourra avoir une évolution plus longue et parfois même dégénérer en une vraie néphrite chronique. Dans ce cas, l'hémoglobinurie est de plus longue durée, on pourrait le dénommer *prénéphrétique*. Enfin, dans un troisième groupe de faits l'ordre clinique est interverti ; la néphrite a précédé le trouble de la nutrition générale, et l'hémoglobinurie pourrait être dite *postnéphrétique*. Le traitement se déduit naturellement de ces données pathogéniques.

MM. Rendu et Millard objectent que ce trouble préalable de la nutrition globulaire qu'admet M. Robin peut parfaitement manquer et ils citent des cas de gens jouissant d'une santé parfaite et étant brusquement devenus hémoglobinuriques ; tels sont également les cas de M. Bucquoy et de M. Hayem.

M. Robin répond qu'il est impossible, sans l'étude urologique d'un sujet, de pouvoir affirmer qu'il est en parfait état de nutrition générale et que tous ces malades n'avaient peut être pas une aussi bonne nutrition générale qu'on veut bien le dire.

M. Ballet rapporte un cas dans lequel l'hémoglobinurie survint dans le cours d'un ictère grave suraigu terminé par la mort en deux jours. La maladie, dans ce cas, semblait bien se relier à l'intoxication générale. M. Robin pense que ce fait nouveau pourrait se ranger dans le groupe qu'il a consacré aux intoxications, celui-là se rapportant à une autre intoxication, tandis que ces dernières sont d'origine extérieure.

L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE.

Séance du 25 avril 1888. — Présidence de M. Créquy.

M. Bucquoy, en présence du traitement de la *polyurie* préconisé dans la dernière séance par M. Huchard qui, à l'encontre de l'ergot de seigle, attribue une très heureuse influence à l'antipyrine, croit devoir mentionner le fait suivant. Il s'agit d'un individu qui, il y a cinq ans, à la suite d'une violente émotion, avait été atteint d'une polyurie très abondante, d'origine évidemment nerveuse. M. Gallard le guérit alors par la valériane. Cette année, à la suite de violents chagrins, cet individu se met de nouveau à uriner 15 litres par jour. L'administration de l'ergot de seigle, à la dose de 0,75 centigrammes par jour, modéra très promptement le flux urinaire qui tomba bientôt pour s'y maintenir à 1 litre 1/2 par jour.

L'auteur fait remarquer les bons effets de l'ergot de seigle ; ce n'est pas qu'il soit partisan de ce médicament à l'exclusion de tous les autres ; toutefois il doit dire qu'il n'a jamais retiré de grands bénéfices de la valériane qu'il a vu produire des accidents d'intoxication.

M. Cadet de Gassicourt a souvent expérimenté la valériane chez les enfants atteints de polyurie, mais sans résultats bien satisfaisants. Aussi serait-il disposé à accorder la préférence à l'ergot de seigle.

M. Duhomme dit qu'il faut aussi tenir compte des cas de polyurie d'origine nerveuse qui guérissent spontanément.

M. Guelpa lit une observation de laquelle il résulterait que l'usage prématuré des aliments solides serait susceptible de produire la recrudescence des phénomènes diphtériques.

M. Cadet de Gassicourt ne partage pas l'opinion de M. Guelpa. La fièvre, lorsqu'elle est considérable, est une contre-indication à une alimentation trop forte ; mais, en

dehors de ce cas, tous les diphtériques et particulièrement les opérés de croup doivent être substantiellement nourris.

M. Féréol nourrit indistinctement tous ses diphtéritiques ; les aliments demi-solide, la viande crue par exemple, bien râpée et enveloppée de pain azyme sont du reste quelquefois mieux avalés que les liquides.

M. Dujardin-Beaumetz lit une note sur les *phénacétines* qui sont aujourdhui au nombre de trois. Ce sont des antithermiques qu'il a expérimentés parallèlement avec M. Lépine.

M. Bovet, considérant que le pain de gluten renferme assez souvent 40 à 50 0/0 de matières saccharifiables, a fait fabriquer un nouveau *pain pour diabétiques* à l'aide de la légumine beaucoup plus riche en albuminoïdes que le gluten, et de l'hosdéine, substance retirée de l'orge par Roust. On ajoute du blanc d'œuf et du lait et un peu de saccharine, ce qui donne une préparation très nutritive et de conservation facile.

MM. Duhomme et Dujardin-Beaumetz insistent sur les qualités qu'offre cette nouvelle préparation qui remplacera avantageusement le pain de gluten si utile dans l'alimentation des diabétiques et qui souvent n'est absorbé qu'avec répugnance.

Gilles de la Tourette.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE.

39e Congrès tenu à Cincinnati les 8, 9, 10 et 11 *mai* 1888.

Séance générale : 1er *jour* (8 mai).

Le matin de la première séance, on remarquait déjà un nombre considérable de délégués remplissant la salle, dans laquelle avait été installée une exposition d'instruments, substances nutritives, boissons alimentaires, enfin de tout ce qui peut intéresser le médecin et lui être utile. La bienvenue a été souhaitée aux délégués par le Dr W. Dawson, président du Comité local d'organisation. Puis le maire, M. Smith, a accueilli l'Association dans sa cité, en termes fort aimables.

M. le Dr C.-G. Comegys, au nom des membres de la localité, a prononcé un discours de bienvenue, dans lequel il rappelle que l'Association vint déjà siéger à Cincinnati en 1850 et en 1867. Il montre l'utilité de ces congrès, au point de vue de l'avancement de la science, et de la satisfaction qu'éprouvent les confrères à se retrouver ainsi chaque année. Il fait ensuite l'historique de la fondation de la ville de Cincinnati, dont on célèbre actuellement le centième anniversaire. Il retrace les fatigues, les combats qu'eurent à livrer quelques pionniers qui suivirent la vallée de l'Ohio pour venir s'établir en cet endroit. La ville grandit considérablement et devint vite une cité prospère. Le Dr Comegys retrace ensuite l'histoire d'un de ses enfants les plus illustres, le Dr Brake, qui devint professeur de l'Université de Lexington. Plus tard il fut un des fondateurs du Collège médical de l'Ohio, et un des médecins de l'hôpital de Cincinnati.

Nous devons personnellement un souvenir à ce savant, qui en 1806, servit la France comme chirurgien des armées. L'activité de cet homme s'étendit à tout ce qui pouvait orner et enrichir sa ville natale, en dehors du bien qu'il y fit comme médecin et de l'élan scientifique qu'il y donna.

M. le Président, le Dr Garnet, de Washington, a lu ensuite un discours fort intéressant; puis les sections se sont réunies dans divers locaux.

a). — Section de dermatologie et de syphiligraphie.

Séance du 8 mai.

Présidence de M. le Dr Bulkley. — *Secrétaire*: M. le Dr Dunlap.

1. — M. le Dr Bulkley lit une note sur la *Syphilis considérée comme maladie non vénérienne.*

2. — M. le Dr Bulkley ouvre la discussion sur *l'étiologie et le traitement de l'eczéma.* Pour lui on doit considérer dans l'étiologie de cette affection, deux choses distinctes : des causes prédisposantes, et des causes excitantes ; d'autre part des causes constitutionnelles ou générales ; enfin des causes spéciales d'origine interne ou externe, causes déterminant l'attaque d'eczéma. Les causes internes sont mal connues. Parmi les causes constitutionnelles, les unes, prédisposantes, comprennent : l'hérédité, la goutte, l'arthritisme, la neurasthénie, la strume ; et parmi les causes excitantes : la débilité, les troubles digestifs et la dépression nerveuse. Les causes locales ou d'origine externe sont les unes prédisposantes (climat, vie sédentaire, métier, régime); les autres excitantes : action de la chaleur, du froid, ingestion d'aliments acides, tabac, irritants locaux.

M. le Dr Zeissler (de Chicago) ajoute qu'il ne faut pas s'en tenir exclusivement à l'une ou l'autre des deux théories du développement de l'eczéma; la première (Hebra) n'admettant que les causes externes, la seconde (Anglais, Américains), les causes constitutionnelles. (Il range encore sous le nom d'eczéma les éruptions professionnelles). Il faut donc faire de nombreuses divisions dans cette affection et non une maladie unique. L'orateur réserve l'arsenic pour les eczémas chroniques.

M. le Dr Shoemaker a observé de nombreux cas d'eczémas concomittants à des attaques de rhumatismes. Il conseille l'administration de l'arsenic en injections hypodermiques ou au moyen de suppositoires. Les vieux eczémas chroniques seraient améliorés par le massage, la galvanisation et la faradisation, qui diminuent d'après lui l'induration cutanée.

M. le Dr Ravogli dit qu'il faut considérer la façon différente dont évolue l'affection suivant les sujets et surtout suivant l'âge. Aigüe, à marche rapide chez l'enfant, elle est chronique, squameuse chez le vieillard. Pour lui, l'eczéma est un état catarrhal de la peau. Les scrofuleux y sont particulièrement prédisposés. Toutes les lésions de la peau sont autant d'épines qui appellent son apparition (varices, fractures, etc,). Il se trouve bien de l'acide salicylique et de la résorcine, surtout chez l'enfant.

M. le Dr Reynolds (de Chicago) se fie surtout au traitement externe : calmant dans les cas aigus, moyennement excitant dans les subaigus, et stimulant dans les cas chroniques. Les causes constitutionnelles réclament chacune un traitement approprié.

M. le Dr Rikets (de Cincinnati) a observé un grand nombre de cas d'eczéma pendant la dernière épidémie de fièvre typhoïde, et a trouvé un excès d'acide urique dans les veines. Il n'en connaît pas la cause.

M. le Dr Fleisher (de New-Haven) admet que l'eczéma est dû à une stase sanguine d'origine veineuse ou artérielle. Il admet comme cause la strumal et considère les expériences de Hebra sur la production de l'eczéma comme non prouvées. Il donne l'arsenic à l'intérieur, des purgatifs fréquents, et, à l'extérieur, fait des applications d'eau de roses.

3. — M. le Dr T. Corlett lit une *Etude clinique sur la soi-disant gale des prairies ou gale des « Lumberman. »* Pour l'orateur, cette affection, dont on a voulu faire une maladie spéciale, n'existe pas, à proprement parler. On lui a décrit comme symptômes spéciaux : le prurit continuel, à prédominance le soir, une éruption papuleuse variable sur les mains et les avant-bras, la présence d'un parasite, la résistance aux moyens thérapeutiques employés contre la gale. On a confondu sous ce nom une quantité d'affections : gale, eczéma, phthiriase, érythèmes, herpès, pityriasis, xérodermie.

M. le Dr Zeissler admet avec l'orateur que c'est l'ignorance en dermatologie des médecins qui leur a fait établir une maladie à part. — M. le Dr Reynolds est du même avis. La contagion apparente qu'on a attribuée à la gale des prairies est due le plus souvent à l'apparition de l'eczéma dans une famille subissant les mêmes conditions d'hygiène, de régime, d'irritation locale.

Séance du 9 mai. — *Présidence* de M. le Dr Corlett (de Cleveland).

1. — *Discussion sur les limites de la période durant laquelle la syphilis peut être communiquée par contagion ou par hérédité.* Lecture est donnée d'une lettre de M. le Dr Baugs, de New-York, sur ce sujet. L'auteur conclut à la non contagiosité des accidents tertiaires, à la possibilité de la guérison des accidents contagieux, enfin à la limite de la période de contagion à cinq années Cette période pourrait même être de trois ans seulement. Neumann, qui attribue la cause de la syphilis à la présence de micro-organismes de forme arrondie et en fuseau, a retrouvé ceux-ci encore dans les papilles de la peau et les parois vasculaires, mais se développant plus lentement qu'auparavant, au bout de deux ou trois ans après l'infection. L'auteur admet la possibilité de la réinfection de

la syphilis. On en a cité onze cas s'étant produits au plus tôt cinq ans après l'infection primitive. Il voit là une indication pour la connaissance de la période d'infection.

M. le Dr PALMER (de St-Louis) admet aussi la possibilité de la réinfection de la syphilis. Un individu bien soigné peut se marier cinq ans après son chancre. Mais on ne peut encore établir de règles certaines à ce sujet. Pour lui, l'infection ne peut se faire par le spermatozoïde seul.

M. le Dr KELLER cite un cas d'infection d'une femme par son mari, qui l'épousa quelques mois après avoir été infecté. Les accidents chez la femme arrivèrent après le premier accouchement; l'enfant était aussi syphilitique.

2.— M. le Dr ZEISSLER (de Chicago) lit un travail sur l'*importance du traitement local dans la syphilis*. Le traitement local est fort utile, concurremment avec le traitement interne à toutes les périodes de la syphilis. Pour le chancre, la pommade mercurielle fait disparaître l'induration Après l'apparition des accidents secondaires, le Dr Zeissler prescrit les frictions mercurielles. Une pommade contenant 1 0/0 de précipité blanc fait disparaître les syphilides sur la face et le cou. Reumont et Mosenzeil ont employé la chrysarobine contre le psoriasis syphilitique. Dans ces cas et contre les syphilides palmaires, Sigmund se sert de collodion sublimé à 2 0/0. Les végétations, les syphilides papuleuses seront cautérisées au crayon de nitrate d'argent, après insensibilisation aveo la cocaïne. Pendant l'administration du mercure, il faut surveiller la bouche et les dents, interdire de fumer aux malades. Le traitement local est aussi fort utile contre les accidents tertiaires.

M. le Dr SHOEMAKER a obtenu de bons résultats des bains d'eau chaude, d'air chaud et de vapeur contre les syphilides cutanées. L'excision du chancre peut être employée pour agir sur le moral, surtout chez les étudiants qui ont souvent de la syphilophobie. Il emploie avec succès l'acide chromique comme caustique.

M. le Dr DUMESNIL (de St-Louis) emploie l'acide nitrique au niveau des syphilides anales et vulvaires. — M. le Dr PALMER dit que le choix de l'agent thérapeutique local doit surtout être guidé en vue de diminuer les sécrétions qui favorisent l'accroissement des accidents. -- M. le Dr RAVOGLI se sert de l'iodoforme avec succès; il donne le mercure par la voie des injections hypodermiques.

M. le Dr KELLER préfère les pommades d'origine animale aux huiles minérales.

M. le Dr PALMER est du même avis. (*A suivre*).

REVUE D'HYGIÈNE

I. — Progrès de l'hygiène dans la République Argentine; Par le Dr E. CONI. — Paris, Baillière, 1887.

II. — Le guide maternel, ou l'hygiène de la première enfance; Par le Dr SELLE. — Doin, 1887.

III. — Hygiène de l'enfance. Conseil aux mères sur la manière d'élever leurs enfants; par CRUARD. — O. Doin, 1887.

IV. — Etude de médecine publique. Réforme de l'Administration sanitaire dans le royaume d'Italie; par le Dr GIOVANNI. — Journal de l'*Expérience*, 1887, Florence.

I. — L'auteur étudie dans ce travail les différents points relatifs à l'hygiène: hygiène de la première enfance, hygiène alimentaire, militaire, navale, logements insalubres, hygiène des villes: dans ce chapitre on trouvera d'importants renseignements sur l'hygiène de Buenos-Ayres, ses égouts, ses eaux, ses prisons, etc. Tout un chapitre est réservé à l'étude de la pathogénie et de la prophylaxie des maladies épidémiques et contagieuses. Ce travail révèle de nombreux et importants progrès en matière d'hygiène. Ce qui ressort encore du très beau livre de M. le Dr Coni, écrit très correctement en français. c'est que les plus grands efforts sont tentés, pour appliquer à l'assainissement des villes de la République argentine, tous les principes de l'hygiène moderne. Nous signalerons plus particulièrement ce qui a trait à l'habitation, à l'approvisionnement d'eau, à la pratique du tout à l'égout, à la cremation, etc. Le volume est illustré d'une vingtaine de plans concernant des écoles, un laboratoire municipal, une cité ouvrière, les égouts, les hôpitaux et les asiles d'aliénés. Ce volume mérite d'être consulté, et par les médecins et par les administrateurs.

II — Ce petit livre sera lu avec profit par les jeunes mères qui y trouveront de bons renseignements. L'auteur a écrit son livre non pour des médecins, mais pour des femmes du monde: aussi tous les détails sont-ils simples et ne demandent-ils pas, pour être compris, une éducation médicale spéciale.

III.— Il nous semble inutile, dans un ouvrage destiné aux mères, d'entrer dans des détails trop spéciaux: l'auteur parle de l'hérédité et croit devoir engager les jeunes mères de se défier de la syphilis et des gens syphilitiques. Il conseille également aux jeunes mères d'éviter l'alcoolisme, et il leur montre tous les dangers d'une pareille passion. Malgré tout, ce livre contient de bons renseignements, et est intéressant à lire pour des étudiants, non pour des jeunes mères.

IV. — L'auteur, dans son travail arrive aux conclusions suivantes: 1° La législation sanitaire italienne doit être réformée radicalement. 2° Cette réforme ne peut être complète pour le moment, parce que l'Italie manque encore d'une statistique sanitaire du royaume, qu'il serait urgent de dresser. 3° Il faut qu'une loi régisse l'administration sanitaire avec une direction centrale technique qui veillera aux besoins hygiéniques de la population. 4° Pendant qu'on prépare les lois spéciales, les dispositions actuellement en vigueur no seront pas abolies; elles seront seulement modifiées sur certains points. A. MARTHA.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin: Conférence sur l'ulcère de l'estomac, par Gerhardt.

Berlin, le 20 mai 1888.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi d'attirer en premier lieu votre attention sur une conférence du professeur GERHARDT sur *l'ulcère de l'estomac*. Je pense que vos lecteurs seront heureux de connaître dans tous leurs détails les opinions du célèbre praticien sur le traitement de cette affection et sur son rôle pathogénique.

M. GERHARDT a commencé par faire ressortir ce fait, que dans ces derniers temps on a mis en lumière bien des états constitutionnels, tels que la neurasthénie, la faiblesse du cœur, etc.; ces définitions médicales ont remplacé des diagnostics tout différents, qu'on posait autrefois, en présence des cas de ce genre. C'est surtout à propos de l'organe principal de la digestion, l'estomac, que ce phénomène semble évident. Le catarrhe gastrique, autrefois invoqué si fréquemment, a, pour ainsi dire, disparu. La cardialgie, considérée seule comme trouble fonctionnel, a vu prendre place à côté d'elle la dyspepsie nerveuse, l'incontinence du pylore, etc., etc. Le côté physiologique de la question occupe aujourd'hui les esprits, bien plus que le côté anatomique.

On sait que les ulcérations stomacales guérissent fort rapidement, et l'on sait par plusieurs exemples que, chez l'homme, on peut enlever des morceaux de la muqueuse stomacale sans qu'il en résulte de troubles de quelque durée. Il n'y a pas dans l'ulcère rond seulement un processus de nécrose par autodigestion, mais il y a avant tout ulcération chronique; c'est la tendance à la chronicité qui distingue essentiellement l'ulcère rond de la simple perte de substance. Il s'agit donc de rechercher quel est le facteur qui imprime à la perte de substance un caractère de durée plus grande; pour le trouver, il faut s'adresser à la composition chimique du suc gastrique. Dans quelques cas exceptionnels seulement, dans les anciens ulcères calleux par exemple, on pourra trouver dans la structure même de l'ulcère la cause de sa chronicité.

Dans la plupart des cas, les influences nocives qui transforment l'affection en ulcère rond sont des écarts de régime ou des modifications de sécrétion, en un mot des transformations subies par le contenu stomacal. Il ne faudrait pas oublier l'action de quelques médicaments, comme l'émétique ou l'acide salicylique. Citons aussi certaines succédanées qui donnent naissance

à des produits de décomposition et dont la présence peut parfaitement suffire pour entretenir un ulcère chronique. Il faudra enfin tenir compte de l'hyperacidité possible du suc gastrique. L'ulcère rond est une affection grave. Dans 29 0/0 des cas, il y a hémorrhagie, dans 13 0/0 perforation et dans 10 0/0 sténose du pylore ; dans ce dernier cas, la sténose est toujours grave.

M. Gerhardt a observé à Wurtzbourg des hémorrhagies dans 47 0/0 des cas. Lebert a vu dans 22 cas seulement sur 104 l'hémorrhagie faire défaut. Les hémorrhagies ne proviennent pas seulement des vaisseaux de l'estomac, mais encore de ceux des organes voisins. Les anciens ulcères sont souvent limités à la base par des organes autres que l'estomac; c'est le plus souvent le pancréas, moins souvent le lobe gauche du foie, et très rarement la rate qui se retrouvent au fond de l'ulcère. Il ne faut pas oublier que le flux cataménial joue souvent ici le rôle d'hémorrhagie substitutive, mais des cas de ce genre sont très rares.

Un symptôme négatif important est l'absence de tumeur palpable, mais M. Gerhardt croit que le diagnostic ne doit pas se baser là-dessus. Dans quatre cas, on trouvera des tumeurs. D'abord dans les ulcères ronds anciens, à bords calleux, qui donnent souvent la sensation d'une tumeur aplatie, à la palpation externe ou que l'on sent dans le lobe gauche du foie comme tumeur profonde. Une seconde espèce de tumeur est constitée par certaines affections du pylore. M. Turgens a prouvé que sur beaucoup d'estomacs la musculature du pylore est tellement épaissie qu'on peut prendre cette hypertrophie pour une tumeur. Dans beaucoup de cas d'ulcère rond, on trouve relaté qn'une tumeur pylorique a peu à peu disparu dans le cours du traitement. On voit très souvent dans la dilatation stomacale des tumeurs de ce *genre* L'estomac étant abaissé, la tumeur est d'autant plus facile à retrouver. Une troisième espèce de tumeur, très rare, mais qui donne souvent lieu à des erreurs, est constituée par les exsudats circonscrits qui englobent les points de perforation. Souvent ces tumeurs augmentent continuellement et on les prendra, dans ce cas, pour des carcinomes. Une quatrième espèce de tumeur peut être trouvée quand un organe voisin fait saillie au fond de l'ulcère, et cette tumeur a souvent l'air de croître, si l'organe qu'elle représente est en train d'augmenter de volume (pancréas, foie).

Il résulte de ce qui précède qu'un examen consciencieux du degré d'acidité du suc gastrique a une grande importance. Gerhardt a trouvé 17 fois sur 24 cas la réaction normale de l'acide chlorhydrique ; dans 7 cas la réaction a fait défaut. Il est en conséquence absolument certain que, dans quelques cas d'ulcère rond, l'augmentation d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, considérée en général comme un signe certain, peut faire défaut. Le contenu physiologique en acide chlorhydrique est très variable, suivant les conditions individuelles, la qualité des aliments ingérés, ce contenu varie entre 0,05 et 0,40 0/0. La réaction de HCL ne se trouve pas, dans la règle, en cas de carcinome ; mais on connaît des exceptions. Gerhardt a vu 2 fois sur 16 cas de carcinome de l'estomac, la réaction de HCL être conservée : cette dernière n'est donc pas non plus un signe pathognomonique spécial, pas plus que la gastralgie que l'on retrouve souvent même sur l'individu à jeun.

Un ulcère rond peut persister pendant 25 à 30 ans quelquefois ; dans le cours de cette longue affection, on constate des périodes de bien-être qui font croire aux malades qu'ils sont guéris. Quelquefois, les malades prétendent être atteints depuis peu ; ils oublient alors que six mois auparavant ils ont eu à souffrir de gastralgies. Ces constatations sont fort importantes pour le diagnostic, car si une gastrite a duré plus de 3 ans sans produire de tumeur, on est en droit d'incriminer l'ulcère rond.

L'ulcère de formation récente s'accompagne presque toujours d'une douleur qui aide à retrouver le siège exact de l'affection. La douleur est un signe fort important, à condition qu'elle ne siège pas dans les environs immédiats de l'appendice xiphoïde, mais à une certaine distance ; la douleur doit s'accompagner d'une sensation de pression; elle doit apparaître quelque temps après l'ingestion de nourriture et empirer dans certaines positions prises par le malade. Si l'estomac est rétréci, la douleur siège souvent au cardia ; s'il est dilaté, elle occupe le pylore. S'il y a sentiment de pression et tuméfaction, on pensera à la paroi antérieure de l'estomac; s'il y a beaucoup d'hémorrhagie, à la paroi postérieure, comme siège du mal.

Les ulcères antérieurs présentent plutôt de la tendance à la perforation, et les postérieurs de la tendance aux hémorrhagies. Si un malade s'abstient de manger pour cause de gastralgie, s'amaigrit et devient cachectique, il y a bien des raisons pour admettre plutôt un ulcère qu'un carcinome ou même une dyspepsie nerveuse. Si les ulcères sont récents, ils s'accompagnent rarement d'amaigrissement notable ; le contraire s'observe chez les ulcères anciens, et la méthode des pesées régulières rend ici de grands services.

Le traitement se base en premier lieu sur le régime, sur l'étiologie et sur l'état chimique du suc gastrique. On a quelquefois proposé de ne rien donner à manger au malade, en le soutenant par des lavements nutritifs. Chez beaucoup de ces patients, le traitement n'est pas appliquable, par la raison qu'il y a souvent hyperacidité du suc gastrique. Il faut en outre pouvoir compter sur la docilité du malade. Krukenberg surtout a recommandé le régime lacté, qui réussira dans les cas récents. Si l'ulcère est ancien, le suc gastrique modifié et la structure des parois stomacales anormales, qu'il faille enfin traiter ces troubles pendant des mois pour voir survenir un changement, on verra très souvent le régime lacté n'être absolument pas toléré. On a aussi employé des peptones sous diverses formes : Gerhardt n'en a pas observé de bons effets. Même si l'on admet que toute substance décorée du nom de peptone en renferme véritablement, et que le malade n'est pas effrayé par l'amertume du produit, il ne faut pas oublier que les expériences de Schiff et d'autres ont montré que les peptones activent la sécrétion du suc gastrique et surtout de l'acide chlorhydrique. Dans les cas d'hématémèses profuses ou de péritonite par perforation, les lavements peptonisés donnent d'excellents résultats. Les peptones permettent donc de maintenir l'alimentation devenue impossible par voie stomacale.

Aufrecht a proposé de nourrir les malades avec des aliments qui n'ont pas besoin de suc gastrique pour être digérés, tels que les petits pains au beurre, le riz, la compote de pommes, etc. Heidenhain pense que l'irritation mécanique produite par l'injection d'aliments suffit pour provoquer la sécrétion localisée du suc gastrique ; cette sécrétion, il est vrai, ne se généraliserait que dans le cas où des produits de la digestion ont été résorbés. D'un autre côté, beaucoup de malades présentent une sécrétion continue de suc gastrique, et ce suc sera détourné de l'ulcère par une alimentation azotée (viande et œufs), et ne corrodera pas l'ulcère. Les médecins prescrivent en conséquence une alimentation azoté (viande, lait, œufs). Si, comme dans les cas de sténose du pylore, il y a tendance aux fermentations lactique et butyrique, on se verra forcé de ne donner que de la viande en évitant les hydrocarbures.

La morphine est le principal médicament à employer : Gerhardt prétend depuis des années que la morphine n'est pas un médicament utile dans les cas d'ulcère rond, mais qu'elle est bien plutôt nuisible, en permettant au malade les écarts de régime. Ces douleurs ne seront calmées à la longue que par la guérison de l'ulcère; la morphinisation est ici impuissante. Dans certains cas avec cardialgies violentes, la morphine pourra avoir quelque effet : au point de vue étiologique, il y a aussi des cas où la morphine pourrait s'opposer à la naissance ou à l'extension d'un ulcère rond. Si le diagnostic est incertain, l'acide chlorhydrique est souvent employé, ce qui est absolument irrationnel, car il semble superflu d'arroser d'acide chlorhydrique un ulcère déjà baigné d'acide. Chez les anémiques, on donnera par exception de l'acide muriatique. Le perchlorure de fer a d'autre part un excellent effet ; mais, en thèse générale, il sera bien préférable de s'adresser aux alcalins pour combattre l'ulcère rond (bicarbonate de soude, chaux, magnésie, etc.). Il est d'autre part évident que si les alcalins détruisent l'acide, ils en favorisent la reproduction, et cette raison nous explique pourquoi cette médication n'est pas très en faveur. Le bicarbonate de soude associé au bismuth (ce dernier comme revêtement de la partie ulcérée) s'emploie encore assez souvent; mais il est préférable de baigner constamment la muqueuse de solution alcalines faibles : on utilisera dans ce but les eaux de

Carlsbad, Ews, Tarasp, etc. Gaworski a prouvé que les eaux de Carlsbad peuvent à la longue enrayer la production d'acide chlorhydrique : ce fait nous explique que ces eaux ont un renom mérité, et que, d'autre part, elles ne conviennent pas à certains malades.

L'irrigation avec des solutions de sel de cuisine ou d'eau de Kissingen donne quelquefois de bons résultats.— Gerhardt accorde aussi au nitrate d'argent la faculté de s'opposer à la production d'acides ; le nitrate d'argent a été préconisé par Johnson. Actuellement, le remède est tombé en désuétude, et cependant, Gerhardt a observé chez une douzaine de malades une amélioration manifeste, souvent même une disparition des douleurs le premier jour de l'emploi. On peut prouver cette action du nitrate d'argent dans un tube à réactifs. Il est vrai que la dose de sel actif est minime, il faut donc n'employer la médication que dans les cas d'hypersécrétion continue. Quelques grammes en solution, pris le matin, ont un excellent effet : il faut que le malade prenne une position qui permet au liquide d'entrer directement en rapport avec la surface de l'ulcère.

La grande difficulté consiste à reconnaître quelle est, dans chaque cas particulier, la médication indiquée. Il en est de même du condurango, qui ne guérit pas le cancer, mais améliore sensiblement les cas d'ulcère rond simulant le carcinome. Gerhardt enfin ne veut pas passer sous silence la dernière en date des médications, le lavage de l'estomac. Dans les ulcères anciens, l'effet est excellent ; dans les cas récents, il y a danger d'hémorrhagie, et peu de malades accepteront facilement le tube. Le lavage calme les douleurs et excite l'appétit ; la constipation et la dilatation stomacale disparaissent, et la guérison est souvent obtenue.

La guérison définitive est des plus difficiles à obtenir. Gerhardt a vu une fois à la consultation un malade venir le remercier pour une guérison d'ulcère obtenue par lui ; le lendemain, le médecin du malade priait Gerhardt d'assister à l'autopsie du soi-disant guéri : ce dernier, en retournant chez lui, avait commis nombre d'excès, ce qui amena le lendemain une rupture vasculaire dans l'ulcère. Il ne faut pas oublier que les malades présentent quelquefois des améliorations qui durent des semaines et des mois, mais l'ulcère est toujours là et redevient douloureux au moindre écart de régime. Il faudra donc continuer la médication jusqu'à ce que le poids du malade augmente et qu'il n'y ait plus de sensation de pression. Il n'est pas possible, dans l'état actuel de la thérapeutique, de compter sur la guérison absolue.

Veuillez agréer, etc. L. CASPER.

VARIA

Les eaux du lac de Neufchâtel à Paris. Conférence faite à la Société de topographie de France ; par M. G. RITTER.

Tout le monde se plaint, à Paris, de l'insuffisance des eaux de source distribuées aux habitants. Celles de la Seine, de la Marne ou de l'Ourq, qui parent à cette insuffisance, ont les inconvénients que tout le monde connaît ; de plus et surtout, elles renferment un nombre énorme de microbes qui peuvent être l'origine de trop fréquentes épidémies de fièvre typhoïde. Les sources que l'on essaie de capter en ce moment à l'ouest et à l'est de Paris ne fourniront encore qu'un maigre appoint aux 130,000 mètres cubes livrés par les dérivations de la Vanne et de la Dhuys, et il faudrait faire de bien nombreuses dérivations de ce genre, pour arriver à alimenter Paris d'une manière suffisante en eau de source.

La dérivation des eaux du lac de Neufchâtel, en Suisse, résoudrait d'un seul coup et d'une manière définitive, le problème de l'alimentation de Paris en eau saine. La distance à parcourir serait d'environ 400 kilomètres, et, à cause de l'altitude du lac (environ 1,400 mètres), non seulement la pente serait suffisante pour l'écoulement, mais encore on pourrait, par la création de chutes, produire une force motrice énorme qui servirait à rémunérer d'autant les capitaux engagés. On arriverait par ce moyen et par la distribution d'eau saine aux 1,700 villes ou villages disséminés sur le parcours de la dérivation, qui en manquent plus ou moins, à réaliser un revenu annuel de 25 millions.

L'eau du lac serait puisée à 100 mètres de profondeur et non à la surface : de cette façon, non seulement les eaux, à leur départ, seraient à une température constante d'environ 4°, mais encore le nombre de microbes serait moindre ; on aurait donc de l'eau saine et fraîche. Elle serait même plus saine qu'aucune eau de source, car le lac de Neufchâtel étant surtout alimenté par des glaciers, ses eaux n'ont pas eu, comme les eaux de source, à filtrer au travers de terres végétales qui les chargent plus ou moins de matières azotées, encore incomplètement oxydées.

La Suisse ne pourrait guère élever d'objections contre ce projet, car on ne prendrait au lac que le douzième environ de ce qu'il peut fournir, et les habitants de ce pays n'auraient nullement à souffrir de cette soustraction.

Telles sont les données principales du projet décrit par M. Ritter, ou du moins celles qui sont parvenues jusqu'à nous à la place éloignée que nous occupions, à cette conférence, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne où elle a été faite. Nous nous proposons d'*interwiewer* le savant conférencier afin de nous éclairer sur quelques parties de son exposition que cette distance a laissées obscures dans notre esprit, et, s'il y a lieu, de faire part de notre *interwiew* aux lecteurs du *Progrès*. A. P.

Laïcisation des hôpitaux.

Nous avons souvent l'occasion d'enregistrer les hôpitaux, les hospices ou les asiles qui sont confiés à des hospitalières laïques. Leur nombre est plus considérable qu'on ne le pense, et il serait très intéressant, ainsi que nous l'avons signalé dès 1884, d'avoir chaque année une statistique complète. En attendant que M. le ministre de l'intérieur s'en occupe, nous faisons appel à nos lecteurs qui voudront bien nous indiquer quels sont, dans leur région, les établissements hospitaliers confiés à des laïques.

Sur ce sujet, nous devons reproduire la fin de l'article consacré par notre ami, M. Laborde, dans la *Tribune médicale* du 20 mai, à l'inauguration de la Faculté de médecine de Bordeaux :

« Nous avons parlé, dit-il, du quasi-mutisme présidentiel, ce n'est pas pour nous en plaindre ; nous avouerons même, avec toute notre franchise, que ce mutisme eut trouvé, au moins, une occasion favorable de se produire plus complètement : celle qui a porté la langue présidentielle à se délier pour dire à la supérieure de l'un des services hospitaliers : « *Madame, vous portez un costume que j'aime à voir dans les hôpitaux, et pour lequel je professe une vive sympathie.*

« Ces paroles, ajoute M. Laborde, ne sont pas précisément dans le mouvement laïcisateur actuel, et dans la bouche du premier magistrat de la République — qui n'est pas l'homme privé ; — elles ont une signification peu... opportune. Qu'en pense notre ami Bourneville, qui aurait pu les entendre, car il y était ? »

En effet, nous étions à Bordeaux à l'époque de la visite de M. Carnot ; mais si nous avons fait des visites très fructueuses aux hôpitaux, nous n'avons pas suivi, sachant ce qu'elles valent, les visites officielles. Ce que je pense des paroles de M. Carnot, petit-fils ? ce qu'en penserait son aïeul le grand Carnot dont nous avons rappelé l'un des actes dans le dernier numéro (p. 419), c'est-à-dire la *laïcisation des hôpitaux de Toulouse*. Nous espérons d'ailleurs pouvoir donner prochainement une réponse plus complète à cette question.

Dissolution des Sociétés médicales d'Alsace.

Nous avons parlé dans le n° 19 du *Progrès* de cette mesure vexatoire employée vis à vis des Alsaciens-Lorrains par le gouvernement allemand. Voici l'appréciation des rédacteurs des *Annales de la Société médico-chirurgicale* de Liège à ce sujet :

« Nous ne savons, disent-ils, ce qui a motivé cette décision de la part des autorités allemandes. Nous ne pouvons que manifester nos plus vifs regrets de voir disparaître une Société aussi distinguée par le renom scientifique que l'était la Société de médecine de Strasbourg. Plusieurs d'entre nous avaient l'honneur d'en être membres correspondants ; ils seront douloureusement surpris de voir se rompre si brusquement des relations scientifiques qui devaient être à l'abri des discussions de parti. »

Le *Landerzeitung* (journal officiel allemand) prétend que la mesure a été prise parce que l'*Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin* avait transféré son siège à Belfort, c'est-à-dire à l'étranger, tandis qu'il aurait dû rester à Mulhouse.

Comité médico-chirurgical des hôpitaux et hospices de Lyon.

Ce Comité, qui fonctionne depuis 1869, vient d'adopter un nouveau règlement publié dans la *Province médicale* du 26 mai. L'article 2 indique exactement le but dudit Comité. En voici le texte :

Art. 2. — Le Comité s'occupe de questions administratives et scientifiques afférentes aux hôpitaux et hospices civils de Lyon. Ces questions lui sont soumises par les membres eux-mêmes ou par l'Administration des hospices.

Des Comités de ce genre devraient exister dans toutes les grandes villes et les municipalités devraient toujours leur soumettre, pour avis, tous les projets relatifs aux améliorations à apporter dans les établissements hospitaliers, ainsi que tous les projets de création nouvelle.

Décision ministérielle relative à l'appel des médecins de réserve en 1888.

Le 27 mai 1888, le ministre de la guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1888, dans les conditions suivantes (le 19e corps d'armée excepté) :

230 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir : 211 médecins aides-majors de 1re ou de 2e classe ; 19 médecins-majors de 2e classe.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile et seront pris parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

S'il y a lieu, M. le gouverneur militaire de Paris mettra à la disposition de chacun de MM. les généraux commandant les 5e, 9e et 12e corps d'armée, un médecin-major de 2e classe, appartenant à son gouvernement.

La durée du stage sera de vingt-huit jours, dans tous les corps d'armée ; l'appel devra s'opérer de telle sorte qu'il se termine au moment de la clôture des manœuvres d'automne.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée et ne seront accuillies qu'autant que les motifs sur lesquels elles s'appuieront paraîtront nécessiter *impérieusement* qu'il y soit fait droit. Les intéressés seront d'ailleurs prévenus que s'ils n'accomplissent pas leur stage en 1888, ils y seront astreints l'année suivante.

Service de santé militaire (*Armée territoriale*).

Par décret, en date du 26 mai 1888, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Gouvernement militaire de Paris. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Selle, médecin aide-major de deuxième classe.

1er corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Lecerf, médecin aide-major de première classe.

2e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Dauchez, chef de clinique adjoint de la Faculté de médecine de Paris, et Gilles de La Tourette, chef de clinique de la même Faculté.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Charrin, médecin aide-major de deuxième classe.

3e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Jarjavay, médecin aide-major de deuxième classe, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris.

4e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Leroux, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris ; Coudray, chef de clinique adjoint de la même Faculté ; Poirier, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques de la même Faculté.

5e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Chervin, médecin aide-major de première classe ; Feulard, médecin aide-major de deuxième classe, chef adjoint de la clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté de médecine de Paris.

8e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. François, médecin aide-major de première classe.

11e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Duplaix, chef de clinique médicale de la Faculté de médecine de Paris ; Queyrat, chef de clinique des maladies des enfants ; Chaslin, médecin-adjoint à l'hospice de Bicêtre.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Villejean, pharmacien aide-major de deuxième classe, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'Hotel-Dieu.

13e corps d'armée. — *Au grade de pharmacien aide-major de première classe.* — M. Gautrelet, pharmacien aide-major de deuxième classe.

14e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Dufourt, médecin aide-major de deuxième classe, chef de clinique de la Faculté de médecine de Lyon.

15e corps d'armée. — *Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — M. Dorf, médecin aide-major de première classe ; MM. les médecins aide-majors de deuxième classe Balestre, professeur agrégé près la Faculté de médecine de Montpellier ; Camoin, chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Marseille.

Au grade de pharmacien-major de deuxième classe. — M. Martin, pharmacien aide-major de deuxième classe, pharmacien-chef des hôpitaux de Marseille.

16e corps d'armée. — *Au grade de médecin aide-major de première classe.* — M. Ducloux, médecin aide-major de deuxième classe.

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 4. — 1er Définitif *d'Officiat* : MM. Marc Sée, A. Robin, Jalaguier. — 2e Définitif *d'Officiat* : MM. Potain, Reynier, Raymond. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM Ollivier, Déjérine, Chauffard. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Straus, Brissaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Ribemont-Dessaignes, Rémy ; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Pinard, Reclus ; — (3e *Série*) : MM. Delens, Kirmisson, Segond.

Mardi 5. — 2e *de Doctorat* (1re partie) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Poirier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Duplay, Bouilly, Brun ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Schwartz, Quenu ; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Troisier. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Bouchard, Legroux, Hanot ; — (2e *Série*) : MM. Jaccoud, Proust, Joffroy ; — (3e *Série*) : MM Ball, Fernet, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Richet, Peyrot, Charpentier ; — 2e *Série*) : MM. Le Fort, Campenon, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Peter, Cornil, Hutinel.

Mercredi 6. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Hayem, Segong, Raymond ; — (2e *Série*) : MM. Fournier, Reynier, Déjérine ; — (3e *Série*) : MM. Straus, Marc Sée, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Ch. Richet, A. Robin. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Guyon, Budin, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Lannelongue, Pinard, Kirmisson ; — (3e *Série*) : Ribemont-Dessaignes, Delens, Reclus ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Landouzy.

Jeudi 7. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Bouchard, Legroux, Quénu ; — (2e *Série*) : MM. Ball, Mathias-Duval, Peyrot. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Richet, Charpentier, Schwartz ; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Poirier, Maygrier ; — (3e *Série*) : MM. Cornil, Bouilly, Brun. — 4e *de Doctorat* : MM. G. Sée, Proust, Hanot.

Vendredi 8. — 1er *de Doctorat* MM. Regnauld, Baillon, Guebhard. — 2e *de Doctorat* oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Damaschino, Segond, Rémy ; — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Brissaud ; — 2e partie) : MM. Ch. Richet, Reynier, Landouzy. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Straus, Déjérine. — 4e *de Doctorat* : MM. Fournier, Ollivier, Raymond. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Lannelongue, Budin, Reclus ; — (2e *Série*) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Guyon, Delens, Pinard.

Samedi 9. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Peyrot, Poirier ; — (2e *Série*) : MM. Mathias-Duval, Polaillon, Schwartz. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Bouilly, Quenu ; — (2e partie) MM. Ball, Dieulafoy, Hanot ; — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Fernet, Quinquaud. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Richet, Brun, Maygrier ; — (2e *Série*) : Le Fort, Charpentier, Campenon ; — (2e partie) : MM. Cornil, Legroux, Troisier.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Jeudi 7. — M. Minovici. Etude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups reçus sur l'abdomen et le larynx. — M. Lemoine. Quelques observations médicales recueillies pendant une campagne au Gabon. — M. Le Page. Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. — M. Cayet. Fistules biliaires hépato-bronchiques. — M. Bonifas. Des suites rénales de la fièvre typhoïde.

Enseignement médical libre.

Cours particulier de technique microscopique. — M. le Dr Latteux, chef du laboratoire d'histologie de la Faculté, à l'hopital de la Charité, commencera un nouveau cours (le dernier avant les vacances, le jeudi 7 juin à 4 h. du soir, dans son laboratoire, rue du Pont-de-Lodi, n° 5, et le continuera tous les jours à la même heure, excepté le samedi. Ce cours, essentiellement pratique, est destiné à mettre les élèves en mesure d'exécuter les analyses microscopiques exigées journellement par la

profession médicale. Pour cela, ils sont exercés individuellement et répètent eux-mêmes toutes les expériences. Les microscopes et autres instruments sont à leur disposition. On s'inscrit 4, rue Jean-Lantier, près le Châtelet, de midi à une heure.

NÉCROLOGIE

M. le professeur F. de CHAUMONT.

La *Revue d'hygiène* annonce la mort de M. le Dr de CHAUMONT (François), professeur d'hygiène et de chimie appliquée, à l'Ecole de médecine militaire de Netley. D'origine française, d'abord médecin de l'armée anglaise aux Indes, il devint bientôt le collaborateur de Parkes, puis son successeur. Esprit scientifique très rigoureux, presque encyclopédiste, il a contribué à élever le niveau de l'hygiène moderne, en Angleterre au moins. Il était à la fois mathématicien, physicien, chimiste, polyglotte, homme de lettres, artiste et musicien des plus distingués. On lui doit, entre autres, les travaux suivants : *Ventilation and cubic espac*; in Edimb. med. Jour., 1867. — *Military Hygiène*, 1870. — *Lectures on state of medicine*, 1875. — *The habitation in relation to health.* — On lui doit surtout la plus grande partie d'un important traité d'hygiène, qui a atteint déjà six éditions. Ce traité est connu sous le nom de *Traité d'hygiène de Parkes* (Manual of practical Hygiène), parce que les bases en ont été jetées par Parkes, le maître de de Chaumont. MARC. B.

FORMULES

VIII. Coliques venteuses (Dr BREUCQ, de Bayonne).

VIII. — 1° Potion.

Ether sulfurique	ââ X. gouttes.
Huile essentielle de badiane ..	
Teint. alcoolique de noix vomique	
Extrait de belladone	0 gr. 05.
Sirop de chl. de morphine. ..	ââ 30 grammes.
Hydrolat de fleurs d'oranger ..	
Hydrolat de cannelle.	70 gr.

F. S. A.

Une grande cuillerée de quart d'heure en quart d'heure.

2° Administrer en outre le lavement suivant, après l'avoir fait tiédir :

Infusion d'anis étoilé à 2 pour cent. .	500 gr.
Charbon de peuplier pulvérisé	30 gr.

Agita ante usum.

3° Appliquer sur le ventre un cataplasme laudanisé.

(*Revue de Thérap.*)

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 20 mai 1888 au samedi 26 mai 1888, les naissances ont été au nombre de 1039, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 409 ; illégitimes, 152. Total, 561. — *Sexe féminin :* légitimes, 356 ; illégitimes, 122. Total, 478.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 20 mai 1887 au samedi 26 mai 1888, les décès ont été au nombre de 939, savoir : 507 hommes et 432 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 6. T. 11. — Variole : M. 2, F. 4, T. 6. — Rougeole : M. 6, F. 11. T. 17. — Scarlatine : M. 2, F. 2, T. 4. — Coqueluche : M. 4, F. 1. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 21 F. 17, T. 38. —Choléra : M. 00, F. 00. T. 00.— Phtisie pulmonaire : M. 130, F. 62. T. 192. — Autres tuberculoses : M. 17, F. 5. T. 22.— Tumeurs bénignes : M. 0, F. 8. T. 8. — Tumeurs malignes : M. 17, F. 25. T. 42. — Méningite simple : M. 17, F. 18. T. 35. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 21, F. 22. T. 43. — Paralysie : M. 2, F. 2. T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 5, F. 5. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 33. T. 61. — Bronchite aiguë : M. 9, F. 15 T. 24. —Bronchite chronique : M. 21, F. 11. T. 32. — Broncho-Pneumonie : M. 12, F. 9. T. 21. — Pneumonie M. 24. F. 35. T. 59. — Gastro-entérite, biberon : M. 23, F. 17. T. 40.— Gastro-entérite, sein : M. 7, F. 11. T. 18 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 3, F. 0. T. 3.— Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 2. T. 2.— Débilité congénitale et vices de conformation : M. 10, F. 10, T. 20. — Sénilité : M. 12, F. 14. T. 26. — Suicides : M. 9, F. 3 T. 12.— Autres morts violentes : M. 5. F. 1. T. 6.— Autres causes de mort : M. 94 F. 76. T. 170. — Causes restées inconnues : M. 1. F. 5. T. 6.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 96, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 34, illégitimes, 18. Total : 52. — *Sexe féminin :* légitimes, 30; illégitimes, 14. Total : 44.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours pour le prosectorat.* Le lundi 4 juin, à midi et demi, aura lieu l'ouverture du concours de prosectorat. Juges : MM. Guyon, Duplay, Mathias-Duval, Charles Richet, Farabeuf. — Suppléants : MM. Verneuil, Lannelongue. — Candidats : MM. Sébileau, Récamier, Thierry, Jonesco, Potherat, Delbet, Chevalier, Legueu, Rieffel, Regnauld, Lyot.

Cours libres. — MM. les Drs en médecine *qui seraient dans l'intention de faire un cours libre* à *la Faculté pendant le premier semestre de l'année scolaire* 1888-1889, voudront bien se rappeler qu'aux termes de l'art. 10 du règlement, les demandes de cours libres, pour le premier semestre de l'année scolaire, doivent être remises au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet, en sorte que le Conseil de la Faculté et le Conseil général des Facultés puissent en délibérer avant le 1er août.

Concours pour le clinicat chirurgical. — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 25 juin à 9 h. du matin. Il sera pourvu : à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints. — *Conditions du concours* : Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1888 (le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Concours : 1° Pour le clinicat médical ; 2° pour le clinicat des maladies cutanées et syphilitiques ; 3° *pour le clinicat des maladies des enfants.* — Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, et de chefs de clinique des maladies des enfants, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le *Lundi* 25 *Juin* 1888, à 9 *h. du matin.* — Il sera pourvu : 1° Pour le clinicat médical : à la nomination de deux chefs de clinique titulaires et de deux chefs de clinique adjoints ; 2° Pour le clinicat des maladies syphilitiques et cutanées : à la nomination d'un chef de clinique adjoint ; 3° Pour le clinicat des maladies des enfants : à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — *Conditions du concours* : Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 *Juin* 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des Hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté.

Concours pour le clinicat des maladies mentales. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira a la Faculté de médecine de Paris, le lundi 9 juillet 1888, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — *Conditions du concours :* Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Concours pour le clinicat obstétrical. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à 9 heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint. — *Conditions du concours :* Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1888. (Le registre diinscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de

38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

Cours d'hygiène. — M. le professeur PROUST fera, le samedi 2 juin, une excursion à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. le Dr Bourneville. Le rendez-vous est dans le service de M. Bourneville, samedi à neuf heures et demie très précises du matin.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Spécialisation des agrégés.* Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, dans sa dernière séance, a entendu un rapport de M. le professeur Damaschino sur la spécialisation des agrégés. Il a approuvé les conclusions de ce rapport qui demande la spécialisation de trois agrégés sur cinq, à la suite des concours à venir.

Les premières chaires, dont les agrégés seront spécialisés, sont les chaires d'ophthalmologie, de pathologie expérimentale et comparée, d'anatomie pathologique, d'hygiène, de médecine légale, des maladies mentales, des maladies cutanées et syphilitiques. Plus tard on donnera des agrégés spéciaux aux chaires de thérapeutique, des maladies nerveuses et des maladies des enfants. (*Gaz. des Hôp.*).

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE MÉDECINE DE PARIS. — *Herborisation.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine herborisation de Mantes, le dimanche 3 juin 1888. Rendez-vous à la gare Saint-Lazare, à 8 heures pour le train partant de Paris à 8 heures 25 pour la station de Mantes. Retour à Paris à 7 heures. Prière de se faire inscrire, en vue du déjeuner, au secrétariat de l'Ecole.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE TOURS. — Le vendredi 1er juin, à neuf heures, a eu lieu l'ouverture du concours pour l'emploi de suppléants aux chaires d'anatomie et de physiologie, à l'Ecole de médecine de Tours. — Juges : MM. Mathias Duval, président; Ch. Richet, Rémy, Dannec et Ledouble (de Tours) ; suppléants : MM. Cornil, Régnier ; candidat : M. Révol-Gilles.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. HÉNOCQUE fera des leçons sur la spectroscopie du sang, à partir du Samedi 9 juin et les Samedis suivants, à quatre heures, Salle no 6. Il traitera des *applications de la spectroscopie du sang à la Physiologie, à la Pathologie, à la Thérapeutique et à la Toxicologie.*

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Par décret, en date du 26 mai 1888, M. le Dr COFFIGNON, maire de Marle (Aisne), est nommé chevalier de la Légion d'honneur. — M. MACKIÉWICZ, médecin-major au 72e régiment d'infanterie, vient de recevoir une médaille d'argent de deuxième classe pour son courageux dévouement dans un incendie, où il a été grièvement blessé. — M. le Dr HÉNON, conseiller municipal à Ville-la-Grand (Haute-Savoie), est nommé chevalier du Mérite agricole.

EXCURSION GÉOLOGIQUE. — M. Stanislas Meunier, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 3 juin 1888, à Cresnes, au Ruel, au Quonian et à Haravilliers. — Rendez-vous gare Saint-Lazare où l'on prendra à 6 heures 5 minutes le train pour Chars. — On sera rentré à Paris à 9 heures. Pour profiter de la réduction de 50 o/o, il est indispensable de s'inscrire au Laboratoire de géologie et de verser le montant de la 1/2 place avant samedi soir, à 4 heures.

L'EXPLOITATION DES IMBÉCILES. — L'audience correctionnelle de Bourgoin a été presque entièrement occupée par l'audition d'une douzaine de victimes des charlatans Guillet, arrêtés à Bourgoin au commencement de février, puis relaxés sous caution. La crédulité des témoins à l'égard de ces banquistes a maintenu dans l'auditoire un rire continuel. Croire en effet qu'une infusion de copeaux ou de cailloux noirs concassés ou des frictions de saindoux coloré peuvent raccommoder une cuisse cassée et faire pousser un nez à un enfant venu au monde privé de cet appendice est un comble... de naïveté. Les trois prévenus ayant fait défaut ont été condamnés, savoir : Funel, le docteur diplomé de 1re classe, bien que ne sachant pas lire, à 6 mois de prison et 500 francs d'amende ; Vadon, son acolyte, pharmacien, à 5 mois et 500 francs d'amende; La femme Funel, ex-veuve Guillet, à 100 fr. d'amende. Et tous solidairement aux dépens. (*Lanterne*, 31 mai 1888).

REVUE SCIENTIFIQUE. (*Revue rose*). — Sommaire du numéro 21 (26 mai 1888). — La réforme des études et des examens dans les Facultés de médecine, par M. A. Gautier. — L'industrie de la sardine en Vendée, par M. Marcel Baudouin. — Les mariages et la colonisation. — M. Hervé Mangon, par M. Janssen. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Correspondance et Chronique. — Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique. — On s'abonne au bureau des *Revues rose et bleue*, 111, boulevard, Saint-Germain, à Paris. — Chaque revue. Paris : six mois, 15 fr.; un an, 25 fr. — France et Alsace-Lorraine : six mois, 18 fr.; un an, 30 fr. — Les deux Revues reunies, Paris : six mois, 25 fr.; un an, 45 fr. — France et Alsace-Lorraine : six mois, 30 fr.; un an, 50 fr. — Prix du numéro : 60 centimes.

SOCIÉTÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE REIMS. — Une Société d'hygiène publique vient d être fondée à Reims, grâce à l'initiative du maire de cette ville, M. le Dr Henri Henrot. On sait qu'à Reims fonctionne déjà avec activité un bureau d'hygiène, dû à l'initiative de M. Henrot.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr FELIZET (de Maizières) et conseiller d'arrondissement du département de l'Aube ; — M. le Dr ROQUENVIL (de Saint-Quentin), aide-major de 1re classe, mort au Tonkin, victime du choléra. — M. le Dr C. R. AGNEW, directeur de l'hôpital de Manhattan, professeur d'ophtalmologie au *Collège of Physicians and Surgeons*, à New-York. — M. le Dr DORMEZAY (de Perpignan). — M. le Dr EVRARD (de Beauvais). — M. le Dr GESTIN (de Quibignon), maire de cette commune, ancien médecin principal de la marine, conseiller d'arrondissement du 3e arrondissement de Brest depuis 1877, vient de mourir à Laminon ; c'était un des représentants les plus sérieux du parti radical dans le Finistère.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* : M. le professeur CHARCOT. Leçons le mardi et le vendredi à 9 heures. — *Clinique mentale* : M. VOISIN, le dimanche à 9 h. et demie. — M. le Dr TERRILLON continue ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. le Dr JULES SIMON a recommencé ses conférences le mercredi 23 mai, à 9 heures du matin ; il les continue les mercredis suivants à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

HÔPITAL BICHAT. — *Chirurgie.* M. le Dr TERRIER. Consultations les mardi, jeudi, samedi à 9 heures ; consultation spéciale pour les maladies des yeux et les oreilles le jeudi à 9 heures. Grandes opérations le mardi à 8 heures 1/4. — *Médecine.* M. HUCHARD et M. GAILLARD-LACOMBE. tous les jours, à 9 heures. Le jeudi, consultation spéciale pour les maladies du cœur, faite par M. Huchard et leçons de clinique et de thérapeutique médicale le dimanche à neuf heures et demie tres précises.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie G. STEINHEIL,
2, rue Casimir-Delavigne.

MARTIN DE GIMARD (J.). — Du purpura hémorrhagique primitif ou purpura infectieux primitif. Volume in-8 de 109 pages, avec 3 planches hors texte.

LARROQUE (B.). — Rémissions dans le cours de la paralysie générale. Monographie. Un volume in-8 de 98 pages. — Paris, 1886. — Imprimerie G. Rougier et Cie.

TOURNAY (G.). — Du mécanisme de la délivrance et de l'intervention du praticien dans cette période de l'accouchement. Volume in-8 de 136 pages, avec figures. — Bruxelles, 1887. — H. Lamertin.

ABEL (K.). — Neber das Verhalten der Schleimhaut des Utero-Körpers bei carcinom der Portio. Brochure in-8 de 11 pages, avec 3 planches hors texte. — Leipzig, 1888. — Breitkopf et Hartel.

CADOGAN-MASTERMAN. — Dermepenthesis : Animal Skin-Grafting. Brochure in-8 de 7 pages. Extrait du *Provin. med. Journ.* — Leicester, 1888.

RABBAS (G.). — Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg. II. Ueber die Wirkung des Sulfonals. Brochure in-8 de 7 pages. Extrait del a *Berliner Klin. Wochenschrift.*

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 23. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 9 JUIN 1888.

Le Progrès Médical

OPHTALMOLOGIE

Des affections de la conjonctive et des voies lacrymales ;

Par le Dr X. GALEZOWSKI.

2e leçon faite à l'École pratique de la Faculté de médecine, recueillie et rédigée par le Dr F. DESPAGNET.

Les erreurs de diagnostic se rencontrent partout, dans les maladies les plus simples comme dans les plus complexes. On y est exposé aussi bien dans les affections internes que dans les affections externes. D'où la nécessité de les passer toutes en revue. Nous commencerons par l'inflammation de la muqueuse, de la conjonctive.

Etudions son altération la plus grave, l'ophtalmie purulente.

Celle que nous observons le plus fréquemment, en France, est sans contredit l'*ophtalmie des nouveau-nés*. L'enfant vient au monde, et le troisième jour après sa naissance il est pris d'une inflammation des yeux. Pensez-vous que la famille, la sage-femme, croient à une ophtalmie ? Pas le moins du monde. On incrimine les courants d'air, on aura, par mégarde, ouvert une fenêtre, et l'enfant aura pris froid, d'où l'inflammation de ses conjonctives. Et alors on essaye les remèdes les plus variés, depuis le lait de la nourrice en lotions jusqu'à l'*eau zinguée* que se hasarde à prescrire la sage-femme, perdant ainsi le temps le plus précieux pour les yeux de l'enfant. Rappelez-vous bien ceci : Toutes les ophtalmies des nouveau-nés commencent ou, du moins, deviennent manifestes, le troisième jour après la naissance ; c'est d'abord un léger suintement ; le quatrième jour les paupières sont un peu collées; le cinquième jour la sécrétion contient quelques mucosités, les paupières deviennent rouges; le sixième jour ces phénomènes sont plus accusés et le gonflement des paupières devient plus évident; enfin du septième au neuvième, l'ophtalmie purulente est toute déclarée et avec ses symptômes les plus graves.

C'est là généralement la règle de la marche de cette affection. Elle peut présenter, cependant, beaucoup de variétés. Il y a des enfants, en effet, qui dès le troisième jour ont un écoulement purulent très intense et tous les caractères les plus graves de l'ophtalmie ; d'autres, au contraire, qui pendant les trois ou quatre premières semaines n'offrent qu'une sécrétion insignifiante avec légère rougeur des conjonctives. Mais malgré les lotions anodines que l'on fait, cet état persiste, empire à un moment donné, et l'état purulent se déclare.

Quoi qu'il en soit, considérez toutes ces formes comme graves. Dès le troisième jour, affirmez bien que l'on se trouve, quelles que soient les apparences, en face d'une ophtalmie purulente, qu'il est à ce moment très facile de conjurer. En effet, comme cette affection, dans la majorité des cas, n'attaque la cornée que dans 10 à 12 jours, vous avez le temps de la soigner et de l'enrayer, si vous agissez énergiquement. Vous rencontrerez, il est vrai, une vive opposition, soit de la part des parents, soit de la part de la sage-femme, mais déclarez avec insistance que si on ne vous laisse pas toute liberté d'action, il n'y a pas de guérison possible. Quelle que soit son intensité, cautérisez deux fois par jour les conjonctives avec une solution de nitrate d'argent au 1/40e et vous êtes assurés d'une terminaison favorable.

Et, d'ailleurs, quel pourrait-être le danger de ces cautérisations si vous vous étiez trompé ? Je n'en vois pas ; car la seule affection qui puisse être confondue avec une ophtalmie des nouveau-nés, c'est le larmoiement avec suppuration du sac et inflammation consécutive de la conjonctive, et là le nitrate d'argent ne saurait être nuisible. Tandis que si, par contre, vous avez pris une ophtalmie pour un larmoiement et que vous restiez inactif, ou du moins que vous ne procédiez pas aux cautérisations, vous compromettez les yeux de l'enfant et encourez la plus grave responsabilité.

L'*ophtalmie des enfants de* 3 *à* 6 *ans* n'est presque jamais purulente en France, à moins qu'elle ne soit le fait de la contagion. Mais spontanée c'est une simple conjonctivite catarrhale, subaiguë, avec injection très vive, mais sans boursoufflure, sans chémosis. La sécrétion, peu abondante comparativement à celle des nouveau-nés, n'a pas le caractère purulent. Elle est formée de mucosités plus ou moins épaisses qui, charriées par un liquide à demi transparent, s'accumulent sur le bord palpébral et surtout dans les angles de l'œil.

Parfois, cependant, les symptômes peuvent devenir plus alarmants. La sécrétion reste à peu près la même, mais les paupières s'œdématient ; la peau en devient luisante, rouge, tendue ; leur épaisseur augmente considérablement. Puis la sécrétion se modifie, devient purulente et concrète. Tout, en un mot, présage une affection des plus malignes. C'est l'*ophtalmie diphthéritique fausse ou croupale.* On l'observe surtout chez les enfants scrofuleux ; elle peut aussi évoluer sous forme épidermique comme j'ai eu l'occasion de le voir il y a trois ans.

Cette affection ne ressemble nullement à l'ophtalmie diphthéritique qui est très rare. A peine, dans ma longue carrière, l'ai-je rencontrée 5 ou 6 fois. En effet, dans celle-ci la suppuration est nulle, les conjonctives sont sèches, grisâtres. Les exsudats infiltrés dans les couches de la conjonctive gagnent très rapidement le globe lui-même, recouvrent la cornée, en compriment les éléments et la détruisent avec une très grande rapidité. Votre intervention est à peu près sans effet. Si, enfin, vous voulez arracher les exsudats, ils se déchirent par morceaux et la muqueuse reste exsangue.

L'ophtalmie croupale présente, au contraire, une suppuration très abondante, la muqueuse conjonctivale est boursouflée, les exsudats blanc-jaunâtres la recouvrent dans presque toute sa surface. Si on les saisit avec une pince, on les arrache sur une très large étendue et la muqueuse turgescente saigne avec abondance. Ici la cornée s'altère aussi, quelquefois assez vite, 24 ou 48 heures peuvent suffire pour cela, mais d'ordinaire elle résiste beaucoup plus longuement ; jusqu'au moment où l'infiltration purulente survient, elle reste transparente, sans exsudats à la surface, et vous pouvez utilement intervenir. J'ai préconisé dans cette maladie, et

j'en retire constamment les meilleurs effets, l'usage alternatif de la pommade à l'huile de cade et à l'iodoforme au 1/10e.

L'*ophtalmie des adultes* est une maladie qui peut être des plus malignes ou des plus bénignes, suivant la cause qui la produit et suivant la période à laquelle on commence à la soigner. Desmarres avait démontré d'une manière positive et certaine que l'ophtalmie des nouveau-nés transmise à un adulte peut perforer la cornée en 24 heures, alors que chez les premiers elle peut résister de 10 à 12 jours au moins. C'est aussi là la conclusion de mon expérience personnelle. Et pourtant dans les deux cas nous nous trouvons en présence du même virus, du même microbe infectieux. Désireux de me rendre compte des effets si différents de la même affection, suivant l'âge des individus, j'en ai trouvé la cause en disséquant la capsule de Tenon, la sclérotique, la cornée. Chez les nouveau-nés, ces tissus sont lâches, facilement distensibles. Aussi, survienne l'inflammation, les nerfs, les vaisseaux ne sont pas comprimés et la cornée continue à se nourrir. Chez l'adulte, ces tissus sont compactes, durs, résistants. L'étranglement se produit avec grande facilité, et la cornée se nécrose. Par conséquent devons-nous, avec la plus grande énergie, combattre tout phénomène de compression.

Croyez-vous qu'il soit facile, dès le début, d'établir le diagnostic différentiel entre une conjonctivite catarrhale aiguë et l'ophtalmie purulente ? Certainement oui, bien que vous puissiez rencontrer certaines difficultés. En effet, rapidement, en 24 heures quelquefois l'ophtalmie purulente amène un œdème excessif des paupières. Les culs-de-sac, le supérieur surtout, deviennent boursouflés, le chemosis se forme, la sécrétion est peu abondante, mais la muqueuse est grisâtre. Les glandes d'acini et les follicules de la conjonctive ont 3 ou 4 fois plus de volume qu'à l'état normal. En même temps surviennent de violentes douleurs péri-orbitaires résultant de la compression des nerfs ciliaires. Puis la suppuration s'établit et très abondante. La conjonctivite catarrhale la plus intense pourra se compliquer d'un gonflement des paupières, mais elle ne produira pas ou ne produira que peu de douleurs orbitaires. Les boursouflures de la conjonctive pourront exister par masses et très nombreuses, les papilles et les follicules atteindront le développement le plus grand, mais la teinte de la muqueuse restera d'un rouge plus ou moins vif, la sécrétion en sera demi-transparente.

Donc, la teinte de la muqueuse, la transparence des follicules hypertrophiés, les caractères de la sécrétion et surtout les douleurs péri-orbitaires vous permettront avec l'évolution plus ou moins rapide de tous ces symptômes, d'arriver à former votre diagnostic.

Et n'allez point croire qu'une ophtalmie catarrhale quelle que soit son acuité puisse devenir purulente ? Non, jamais. Pour que l'ophtalmie purulente puisse se développer, il faut qu'il y ait contamination directe de l'œil par le virus. Bien des fois vous pourrez être fort embarrassé pour trouver la voie de transmission, mais elle existe toujours, et une enquête approfondie vous la fera découvrir. Je me rappelle d'avoir donné mes soins à un enfant de neuf ans atteint d'une ophtalmie purulente présentant les caractères de la plus grande malignité. Malgré toutes mes investigations les plus minutieuses, je ne pouvais trouver trace de la contagion, lorsque je m'avisai de demander si l'enfant couchait seul la nuit. On me répondit que non, qu'il dormait avec son frère âgé de 18 ans. Or, ce dernier, pris à part, finit par m'avouer qu'il se soignait, à l'insu des parents, pour une blennorrhagie des plus abondantes. J'avais, dès lors, la cause de l'ophtalmie du jeune enfant, qui, sans ma tenacité, risquait fort de demeurer inexpliquée.

A côté de ces inflammations graves de la conjonctive, il en est d'autres ayant une origine purement locale et qui peuvent induire en erreur. Je veux parler des affections consécutives aux altérations des voies lacrymales. Depuis longtemps j'ai fait une étude des phénomènes qui leur sont dus et j'ai démontré que la plupart d'entre eux était la conséquence de la métamorphose chimique des larmes. A l'état physiologique et s'écoulant normalement par leurs canaux excréteurs, les larmes sont chimiquement neutres. Mais que pour une raison quelconque leur écoulement ne se produise pas, qu'elles fassent un séjour plus ou moins long dans le cul-de-sac conjonctival, là, au contact de l'air, leur état chimique se modifie, et de neutres elles deviennent alcalines. Ceci est très facile à démontrer, chez les individus se trouvant dans ces conditions de larmoiement, par l'interposition entre la muqueuse palpébrale et le bulbe, de façon qu'il plonge dans le sac lacrymal, d'un morceau de papier de tournesol. Après quelques secondes on le voit de rouge devenir bleu. L'alcalinité est évidente. Voilà donc l'œil atteint de larmoiement. Constamment il sera baigné par un liquide alcalin. Il sera absolument dans le même état que l'œil que vous arroseriez d'une façon continue avec une dissolution de savon. Il sera sans cesse irrité et il présentera parfois des symptômes que l'on pourra attribuer à d'autres affections. Rappelez-vous bien que le plus souvent, comme l'a démontré Desmarres, l'obstruction lacrymale est monoculaire, et si elle est binoculaire, elle est toujours plus prononcée dans un œil que dans l'autre. Par conséquent vous devrez avoir inégalité des phénomènes dans les deux yeux.

Il peut arriver aussi qu'une affection lacrymale se développe pendant le cours d'une autre maladie, et que celle-ci guérie, la première persiste. Dans ce cas, souvent, on croira que l'affection ancienne, dont le larmoiement a été la conséquence, dure toujours, et on continuera à la traiter avec la plus grande énergie, et cela au grand détriment du malade. C'est chez les granuleux surtout que vous pourrez observer ce fait. Ils ont fréquemment des complications lacrymales. Leurs granulations cicatrisées, leurs yeux restent enflammés ; la lumière, le grand jour, leur est insupportable. Croyant que l'affection granuleuse n'est point guérie, on continue régulièrement les cautérisations, et plus on les fait, plus les yeux restent enflammés, plus la photophobie devient vive. Retournez donc les paupières, examinez la muqueuse et vous la trouverez blanche lisse. De granulations, il n'y en a plus ; elles sont depuis longtemps cicatrisées, et alors pourquoi des cautérisations nouvelles qui ne peuvent être que nuisibles. Si l'inflammation persiste, s'il y a photophobie, il faut en chercher ailleurs la cause et c'est dans l'examen des voies lacrymales que vous la trouverez le plus souvent.

A ce sujet permettez-moi de vous raconter une observation qui vous montrera le bien fondé de ce que je viens de vous dire. Notre illustre maître Nélaton, quelque temps avant sa mort, confia à mes soins un de ses parents qui avait, quelques années auparavant, contracté une affection granuleuse des paupières, pour laquelle il avait reçu les soins de plusieurs oculistes de Paris. Depuis 5 ou 6 ans, toujours on le cautérisait et

toujours le malade était dans le même état. Les yeux étaient fortement injectés ; les paupières étaient tellement boursouflées que certains confrères avaient dit à Nélaton qu'il s'agissait d'un éléphantiasis des paupières et qu'il fallait recourir aux sétons. La photophobie était telle que le malade ne pouvait ouvrir les yeux et il fallait le conduire. Appelé par Nélaton, je trouvais, en renversant les paupières, la conjonctive lisse, les granulations cicatrisées dans tous les points. Examinant les voies lacrymales, je constatai leur obstruction. Je fis l'incision des canalicules lacrymaux, je pratiquai le catéthérisme, et, après trois mois, le malade était complètement guéri. Il restait simplement quelques petites taies cornéennes résultant de la kératite granuleuse ancienne. Et depuis 15 ans, aucun autre phénomène n'est survenu ; mon éminent client lit, écrit et chasse sans aucune gêne.

La déviation des points et l'obstruction des canalicules lacrymaux, chez les personnes goutteuses, arthritiques, peut être aussi une cause très fréquente de troubles visuels. J'ai traité, il y a quelques années, une dame de la haute société de Varsovie qui, après avoir en vain essayé toute sorte de traitements, en était arrivée à ne pouvoir plus lire et écrire sans éprouver au bout de quelques minutes une fatigue telle qu'elle était obligée d'interrompre son travail. Elle éprouvait les plus grandes douleurs si elle voulait persister. Elle avait un peu consulté partout en Europe. N'ayant rien trouvé d'anormal dans ses yeux, les divers médecins avaient imputé les phénomènes que la malade accusait à la réfraction, à l'accommodation et lui avaient prescrit les lunettes les plus variées. A l'examen que je fis de ses yeux, je constatai que la réfraction était normale et qu'il y avait simplement un peu de presbytie commandée par l'âge. Mais je trouvai que les deux points lacrymaux étaient légèrement déviés. Je fis une injection, et l'eau revenait par le point lacrymal supérieur en grande partie. Je proposai l'incision des canalicules qui fut acceptée ; je dilatai pendant quelque temps l'entrée du sac retréeie, et trois semaines après la malade était guérie. J'ai encore de ses nouvelles de temps à autre et elle n'a jamais plus rien éprouvé.

Vous examinerez donc attentivement l'état des voies lacrymales, la situation et l'ouverture des points, la perméabilité des canaux, vous souvenant que leur altération est souvent la cause d'une irritation persistante, que vous seriez tenté d'attribuer à toute autre affection antérieure. N'oubliez pas surtout que la photophobie, qu'autrefois on voulait toujours rapporter à une lésion plus ou moins profonde de l'œil lui-même, est le plus souvent produite par le larmoiement.

Épidémie.— L'Ecole normale de Nancy a été licenciée à la suite du décès d'un élève atteint de la fièvre scarlatine, dont une épidémie avait éclaté dans l'école.

La fièvre typhoïde a Vitré. — Sur l'ordre du ministre de la guerre, le général commandant le 10e corps d'armée, a renvoyé dans leurs foyers les territoriaux du 2e bataillon du 76e de ligne en garnison à Vitré. La mesure est nécessitée par une épidémie typhique qui sévit actuellement dans la garnison de Vitré.

Le secret professionnel du médecin.— La cour de Besançon vient de condamner à 500 fr. d'amende et à 2.000 fr. de dommages-intérêts, par un arrêt dont les considérants sont fort sévères, un médecin aliéniste, directeur d'une maison de santé à Dôle, qui, dans un opuscule publié par lui sous ce titre : « Une observation de manie raisonnante », avait désigné la personne objet de son étude d'une façon transparente et notamment par l'initiale du nom de son mari et par les fonctions que celui-ci a remplies dans diverses villes.

REVUE CRITIQUE

Du cancer du larynx (*suite*) (1);

Par J. Baratoux.

Diagnostic. — Si avant la découverte du laryngoscope l'on ne pouvait établir le diagnostic d'une manière définitive, qu'après l'examen nécroscopique, il n'en est plus de même aujourd'hui. Ce n'est pas à dire, comme le fait remarquer Krishaber, que toutes les difficultés aient disparu et que le diagnostic s'inscrive dès l'abord dans le miroir, mais la tâche a été singulièrement facilitée, malgré quelques obscurités qui peuvent encore se présenter. Il est désirable que la nature de la tumeur soit reconnue dès le début de l'affection, si l'on veut que les moyens chirurgicaux récemment conseillés soient efficaces. Aussi, est-il important d'examiner le larynx de tout malade qui se plaint, non-seulement d'altération de la voix, mais encore de troubles pulmonaires que le médecin croit rattacher à l'asthme ou à la compression bronchique, affections qui ont été souvent confondues avec le début d'un cancer du larynx.

A la première période, le laryngoscope permet de constater, soit une infiltration diffuse sous-muqueuse, soit une tumeur polypiforme. Dans le cas d'infiltration diffuse, on peut confondre le cancer avec la *laryngite hypertrophique*, mais celle-ci n'est pas douloureuse ; en outre, lorsque la muqueuse est ulcérée, elle a plutôt une teinte rouge vif que vineuse ; de plus, l'infiltration n'est pas circonscrite ; les deux bandes ventriculaires du larynx sont atteintes le plus souvent ainsi que la région aryténoïdienne, ce qui n'arrive guère dans le cancer ou la tuméfaction est circonscrite et souvent limitée à la bande ventriculaire gauche. Toutefois, il faut savoir que, dans certains cas, la tuberculose peut simuler une affection cancéreuse, ainsi que le prouve le fait de Gussenbauer. Il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans, dont la mère était morte tuberculeuse. Le malade était atteint depuis huit mois d'aphonie et de dyspnée intense ; au laryngoscope, on constata l'existence d'une tumeur de la corde vocale, sans trace bien marquée d'inflammation. Après avoir pratiqué la trachéotomie, Gussenbauer enleva un petit morceau de la tumeur que le microscope reconnut de nature cancéreuse. Il pratiqua alors l'extirpation totale ; mais le malade mourut de phthisie pulmonaire quelques mois après ; un nouvel examen histologique de la tumeur fit reconnaître que le néoplasme était tuberculeux avec prolifération considérable de cellules épithélioïdes.

Lorsque la tumeur affecte la forme d'une végétation, elle peut être prise pour un *polype* ; aussi est-il quelquefois difficile de différencier ces deux variétés de néoplasme, surtout lorsque le polype est framboisé ou en choufleur, s'il est rouge intense et violacé au lieu d'être pâle et rose, s'il est dur au lieu d'avoir une consistance pulpeuse. Toutefois le polype siège habituellement sur les cordes vocales, principalement au niveau de la commissure antérieure ; de plus, il n'y a ni congestion de la muqueuse laryngée, ni douleur, ni altération de l'état général dans les tumeurs bénignes (2). Le

(1) Voir *Progrès médical*, nos 20 et 22, 1888.

(2) C'est à l'analogie d'aspect entre le papillome et certains cancers qu'il faut attribuer les idées de transformation de tumeurs bénignes en tumeurs malignes précisées par quelques auteurs, Gussenbauer entre autres. L'enquête ouverte récemment par le Dr Semon, paraîtrait démontrer qu'il n'existe jusqu'à présent aucune preuve qui puisse donner lieu à cette opinion pour les tumeurs du larynx, du moins. Mais, un certain nombre de mé-

Dr Hunter Mackenzie a remarqué que dans le cas de tumeur maligne la mobilité de la corde vocale correspondante était de bonne heure altérée ou abolie (1) et cela en dehors des entraves mécaniques apportées par la situation et le volume de la végétation.

Le *fibrome* est isolé et développé sur la surface des cordes vocales dans leurs deux tiers antérieurs; il est rond, ovale ou pyriforme; à son niveau, la muqueuse est lisse et luisante, rarement rugueuse et granuleuse; sa coloration est bleu sale ou rose clair. Malgré ces caractères différentiels, il arrive qu'en certains cas, on commet une erreur de diagnostic que révèlent seulement l'évolution de l'affection et surtout l'examen microscopique d'un fragment de la tumeur.

Dans la période ulcéreuse, de tous les symptômes subjectifs il n'y a guère que l'adénopathie qui puisse aider au diagnostic, car l'irradiation de la douleur à l'oreille et à la face, dont quelques auteurs ont voulu faire un signe pathognomonique, n'a aucune valeur, attendu qu'on peut la constater dans toutes les affections ulcéreuses du larynx; de plus elle n'existe même pas toujours dans le cancer laryngé (Koch).

C'est avec la tuberculose et la syphilis qu'on confond généralement le cancer ulcéré.

La forme classique de la *tuberculose* laryngée ne peut guère être confondue avec le cancer, car la coloration de la muqueuse de la voûte palatine, du pharynx et de l'épiglotte, l'infiltration de la région aryténoïdienne, des replis et des bandes ventriculaires, l'aspect des ulcérations, le siège des végétations polypiformes et jaunâtres, l'état des poumons, l'âge et l'antécédent des malades sont des éléments sérieux pour permettre d'établir le diagnostic. Mais il n'en est plus toujours ainsi dans la forme variqueuse de la tuberculose; comme le prouvent les observations de plusieurs auteurs qui ont pratiqué l'extirpation du larynx dans un certain nombre de cas où ils croyaient être en présence d'un cancer. Cependant le siège de prédilection de la commissure postérieure, la coloration grisâtre ou bleue rosé, les végétations, leur friabilité, l'aspect des ulcérations, l'âge jeune des malades, l'état des poumons, la marche et l'évolution de l'affection, la recherche des bacilles permettront d'établir le diagnostic (2). Mais toutefois il faut savoir qu'outre la coexistence possible d'une tumeur maligne dans le larynx d'un tuberculeux, on a vu des cas de tuberculose laryngée se développer si tardivement qu'ils ont pu donner lieu à des erreurs de diagnostic, ainsi qu'on a pu le reconnaître chez plusieurs malades auxquels on avait pratiqué l'extirpation du larynx. Aussi faut-il s'en rapporter à l'examen histologique dans les cas douteux.

Krishaber a insisté sur la difficulté de reconnaître le cancer de la *syphilis* ulcéro-bourgeonnante. Dans cette dernière affection, les végétations n'arrivent que lors de la cicatrisation des ulcérations, ce qui est le contraire dans le cancer à forme polypeuse où les ulcérations et les végétations s'accroissent de pair.

En outre, les ulcérations syphilitiques siègent principalement au niveau de l'épiglotte, des replis ou des aryténoïdes; leur fond est grisâtre, leurs bords nettement circonscrits et taillés à pics, présentent une ulcération rouge-carmin. On ne peut attacher que peu d'importance au caractère indiqué par Ariza, qui, pour différencier les ulcérations syphilitiques et cancéreuses, se base sur ce que les végétations syphilitiques naissent sur le pourtour de l'ulcération et non sur leur centre comme cela a lieu dans les carcinomes, car on rencontre ce même caractère dans les épithéliomes. Dans la syphilis, les replis aryteno-épiglottiques sont encore fréquemment le siège d'un œdème qui survient avec une rapidité extrême; outre ces lésions, on peut aussi constater l'existence de cicatrices. De plus, les commémoratifs, l'examen du reste de l'économie aident encore au diagnostic; cependant le développement antérieur d'un chancre et des manifestations secondaires ne rendent pas impossible l'apparition d'une affection cancéreuse du larynx. La marche et la succession des différents symptômes, en particulier la diminution de l'ulcère par l'élimination des masses gommeuses (Lublinski) et la tendance aux adhérences des cordes vocales permettent d'affirmer la syphilis. Le traitement éclaire encore le diagnostic, mais le traitement spécifique aggrave le cancer et précipite la marche fatale de la maladie, aussi vaut-il mieux avoir recours à l'examen histologique. La syphilis peut quelquefois coexister avec le cancer et donner lieu à une gomme hybride.

A la troisième période, le diagnostic est rendu facile par l'adénopathie, la fétidité de l'haleine, l'état général, l'examen laryngoscopique : alors tout porte à diagnostiquer une tumeur maligne.

Caractères des différentes variétés de cancers. — L'existence d'une tumeur maligne étant reconnue, peut-on en distinguer les différentes variétés : sarcome, épithéliome et carcinome? Le *sarcome* se développe généralement chez les hommes jeunes, sous la forme d'une tumeur circonscrite, arrondie, dure, sensible, lisse ou lobulée, quelquefois polypiforme. Il est rare de rencontrer plusieurs sarcomes chez le même sujet; cependant dans quatre cas on a pu constater la présence de deux tumeurs placées symétriquement sur les cordes vocales et les bandes ventriculaires. Le fibro-sarcome et le sarcome fasciculé restent circonscrits pendant longtemps, tandis que le sarcome cellulaire envahit plus facilement les tissus voisins. La tumeur s'ulcère-t-elle, ce qui est rare, l'ulcération est tardive; elle reste limitée à la surface, sans causer d'hémorrhagie et sans donner lieu à d'abondantes sécrétions purulentes, sanieuses et fétides. Les ganglions sus sterno-mastoïdiens sont normaux, cependant Czerny et Mac Leod ont vu chacun un cas d'envahissement des glandes lymphatiques par le tissu sarcomateux. Ariza prétend que dans le sarcome l'envahissement ganglionnaire produit des tumeurs pseudo-fluctuantes. Si le néoplasme gagne les parties voisines en détruisant les cartilages et les tissus périphériques, il est alors difficile de le distinguer du cancer proprement dit.

decins sont d'avis comme le fait remarquer M. Besnier, que la muqueuse de la bouche, dans la glossite superficielle épithéliale, par exemple, peut par suite d'irritations medicamenteuses ou autres, se transformer en néoplasme malin. Récemment aussi le Dr Bayer a attiré de nouveau l'attention sur la transformation de polypes muqueux du nez en tumeurs cancéreuses. Toutefois Virchow a décrit sous le nom de *pachydermie du larynx* deux processus spéciaux caractérisés l'un par une hyperplasie de l'épithélium qui revêt le caractère épidermoïdal, et l'autre par une hyperplasie du tissu conjonctif produisant la formation de bosselures diffuses ou localisées. En irritant par des essais d'extraction incomplète ces tumeurs épithéliales, à évolution lente et sans tendance marquée à la généralisation, on augmenterait leur puissance d'envahissement et la rapidité de leur marche; ils prendraient alors tous les caractères des tumeurs cancéreuses ordinaires.

(1) Hunter Mackenzie. — *Thyrotomie pour végétations du larynx. Union méd.*, 1888, nº 26, p. 315.

(2) Koch a fait aussi remarquer que les phtisiques se font toujours illusion sur leur état et ne songent pas à la mort, ce qui est le contraire chez les tuberculeux (*Annales des maladies de l'oreille*, 1879, p. 29).

L'épithélioma et le carcinome sont souvent difficiles à différencier, si ce n'est par l'examen histologique. *L'épithélioma* se présente ordinairement sous la forme d'une tumeur à base large, inégale, entourée de nodules pouvant revêtir la forme végétante ou papillomateuse et envahir lentement les parties voisines. Le néoplasme s'ulcère en laissant à nu une surface fongueuse, grisâtre, recouverte de pus et de mucosités. Sur ses bords, il se développe lentement une série de végétations qui s'ulcèrent à leur tour en augmentant ainsi la surface de la perte de substance. Parfois à la commissure postérieure il se forme des tumeurs molles, gélatineuses, blanchâtres, qui s'abcèdent en gênant par leur volume la respiration et la déglutition. Si les abcès ne s'ouvrent pas spontanément, on est obligé d'avoir recours aux moyens chirurgicaux.

Le *carcinome encéphaloïde* ou *médullaire* débute par une tumeur médullaire, lisse, plus ou moins bien limitée, faisant saillie sur la muqueuse qui offre une teinte rouge-violacé. Le néoplasme ressemble quelque fois à un polype largement pédiculé, ce qui l'a fait comparer à un champignon dont la consistance serait molle et lardacée et la coloration gris-blanchâtre ou rougeâtre. La tumeur s'accroît rapidement ; elle prend un aspect mamelonné, inégal et une teinte rose-blanchâtre avec pointillé ecchymotique. L'ulcération se produit souvent même avant le complet développement de la tumeur. Elle siège ordinairement à la partie la plus élevée du néoplasme, elle est inégale, grisâtre, à bords surelevés et indurés, et elle est recouverte de pus, de mucosités et de sang ; elle peut donner lieu à des hémorrhagies assez abondantes pour mettre en danger la vie du malade. La muqueuse environnante est indurée et tuméfiée. Au centre de l'ulcération il se développe des bourgeons charnus qui respectent assez longtemps les tissus sains. L'ulcère gagne en profondeur, détruit le tissu sous-muqueux et détermine de la périchondrite des cartilages qui ne tardent pas à être dénudés et même détruits. Des fragments cartilagineux peuvent alors faire saillie dans la cavité laryngienne en formant une sorte de valvule obstruant la lumière du canal aérien, quand ils ne se détachent pas, comme l'a observé Krishaber dans un cas où la mort fut causée par la chute d'une partie du cricoïde dans la bronche gauche.

En résumé, chaque fois que, dans un cas de tumeur laryngée, on pourra enlever au moyen du laryngoscope un fragment du néoplasme, il ne faudra pas manquer d'en faire l'examen histologique, qui seul peut fournir une preuve confirmative du diagnostic, car malgré les caractères des différentes tumeurs que nous venons de passer en revue, le praticien se trouvera aux prises avec les difficultés de la clinique et pourra alors commettre une erreur du diagnostic grave aux points de vue des conséquences thérapeutiques, comme cela est déjà arrivé à des chirurgiens qui ont enlevé le larynx pour des tumeurs bénignes au lieu d'avoir recours à la thyrotomie ou même à une opération endo-laryngée.

Pronostic. — Le pronostic est très grave puisqu'il amène toujours une terminaison fatale. Cependant suivant le siège et la variété de la tumeur, la mort est plus ou moins rapide. En effet, les tumeurs intra-laryngées occasionnent des accidents de sténose assez précoces, sans toutefois altérer beaucoup l'état général, contrairement aux tumeurs extra-laryngées qui, par suite de la gêne de la déglutition, déterminent rapidement des troubles de nutrition et l'infection générale de l'économie. De ces différents néoplasmes, le sarcome est le moins malin et la variété fasciculée semble d'un pronostic plus favorable. L'épithélioma a un développement plus lent, en général, que l'encéphaloïde qui conduit plus promptement à la mort par suite de son accroissement plus rapide et de son siège plus fréquent à la partie postérieure du larynx.

TRAITEMENT. En présence d'un cancer du larynx, quelle est la ligne de conduite que l'on doit tenir ? Faut-il rester dans l'expectative ou intervenir chirurgicalement, se contenter d'une opération palliative ou bien avoir recours à une méthode radicale ? Si certains auteurs ont recommandé jadis de s'abstenir de toute opération, en conseillant de n'employer que des topiques pouvant soulager le malade dans une certaine mesure, en attendant que la nature mette fin à ses souffrances, il n'en est plus ainsi aujourd'hui : tous sont d'accord pour avoir recours à une intervention chirurgicale, mais les uns ne touchent pas au néoplasme, ils sont d'avis de pratiquer la trachéotomie pour remédier aux accidents, tandis que les autres veulent enlever la tumeur et même l'organe vocal.

I. On peut extraire la tumeur par la *méthode endolaryngée*, c'est-à-dire par les voies naturelles, ou par la *méthode extralaryngée*, c'est-à-dire par les voies artificielles, la *laryngotomie*.

A. *Méthode endolaryngée.* Cette méthode consiste à aller détruire le néoplasme sur place ou encore à l'extirper, en se guidant au moyen de l'examen laryngoscopique. C'est surtout par suite d'une erreur de diagnostic qu'on a employé ce procédé ; en effet, dans ces cas, on croyait avoir affaire à un papillome, tandis qu'on se trouvait en présence d'un néoplasme malin reconnu par l'examen micrographique ou par la marche de l'affection. Cependant quelques chirurgiens ont recommandé ce procédé comme moyen thérapeutique dans certains cas.

On peut cautériser la tumeur avec le galvanocautère ou avec l'acide lactique ; mais alors il faut avoir soin, au préalable, de racler le néoplasme. Pour l'extraction on emploie les pinces, la guillotine, le serre-nœud ou l'anse galvanocaustique. Ces différents procédés ont été mis en usage tant pour les tumeurs pédiculisées que pour les néoplasmes sessiles ; mais la récidive n'a pas tardé à suivre ces destructions locales ou ces excisions. Si nous choisissons parmi les observations de cancers opérés par la méthode endolaryngée celles qui paraissent être les plus favorables à cette méthode, et si nous laissons de côté le cas de Navratil (1) qui a extrait une tumeur dite sarcomateuse, mais dont la nature n'a pas été vérifiée au microscope, nous constatons que dans les cas de Turck (2) et de Gottstein (3) les malades n'ont pas été suivis après la guérison opératoire, que le patient de Fauvel (4), atteint d'un sarcome fasciculé de la corde vocale droite et celui de Morell-Mackenzie (5) porteur d'un fibro sarcome de la bande ventriculaire droite ont été perdus de vue quelque temps après l'opération.

(1) Navratil. — *Berl. kl. Woch.*, 1868, p. 501.

(2) Türck. — *Sarcome globo-cellulaire de la corde voc. g. enlevé par la guillotine. Krankh. des Kehlk.*, 1866, p. 576, cas 237.

(3) Gottstein. — *Tumeur fibro-sarcom. de la commiss. ant. chez un enfant de sept ans, enlevée avec le serre-nœud. Wien. med. Woch.*, 1868, p. 1696.

(4) Fauvel. — *Traité prat. des maladies du larynx*, 1876, p. 551, ob. CXL.

(5) Morell-Mackenzie. — *Essay on Growths of the Larynx*, 1871, p. 193.

Un malade de Krishaber (1) a pu survivre deux ans après l'enlèvement au moyen de l'anse galvanocaustique d'une tumeur cancéreuse ayant envahi tout l'espace sous-glottique. Quant aux autres cas, la récidive a toujours été la règle : c'est ainsi que Schech (2) a enlevé, au moyen de l'anse galvanocaustique, une tumeur sarcomateuse mixte de la région aryténoïdienne droite chez un homme de 40 ans, mais trois mois après, le néoplasme récidivait et une nouvelle opération était jugée nécessaire. Il en était de même pour un autre malade de Krishaber (3) auquel il extirpa, au moyen du couteau galvanocaustique, un carcinome qui récidivait au bout d'un an; la mort survint onze mois après une nouvelle opération. Coupard (4) a aussi employé l'anse galvanocaustique après trachéotomie préalable, pour enlever un fibro-sarcome implanté sur la région crico-aryténoïdienne droite, mais quatre ans après la tumeur ayant récidivé, il dut faire une nouvelle excision suivie elle-même de récidive. Enfin B. Fraenkel (5) a du opérer cinq fois en trois ans, par suite de récidives, un carcinome du larynx chez un homme de 75 ans ; la guérison se maintint pendant 22 mois ; mais il dut alors avoir recours à l'extirpation.

La méthode endolaryngée ne donne donc que des résultats peu brillants, aussi est-elle à rejeter pour le traitement des tumeurs malignes du larynx, à moins, toutefois, qu'il ne s'agisse d'un sarcome pédiculisé et inséré sur les parties supérieures du larynx ou encore d'un cancer nettement circonscrit à l'épiglotte et pouvant, par conséquent, être enlevé facilement. Dans un cas semblable, Morell-Mackenzie (6) s'est servi d'un épiglotome analogue à l'amygdalatome ordinaire. Il est nécessaire de détruire la surface d'implantation ainsi que les parties voisines. Il faudrait rejeter ces opérations au cas où il existerait déjà de l'adénopathie.

(*B*) *Laryngotomie*. Cette opération consiste à sectionner le cartilage thyroïde sur la ligne médiane et à en écarter les deux valves avec ou sans section du cartilage cricoïde et de la membrane thyro-hyoïdienne. Le mode opératoire varie suivant que le sujet a été ou non trachéotomisé. Si la trachéotomie a déjà été faite pour les accidents de suffocation, on remplace la canule ordinaire par une canule-tampon afin d'empêcher le sang de tomber dans les voies respiratoires; on peut encore opérer le malade la tête en bas (Rose). Au cas où la trachéotomie n'a pas été pratiquée antérieurement, on a soin de la faire de telle façon qu'il existe un point de peau saine entre les deux incisions trachéale et laryngienne ; on peut encore faire l'incision de la thyrotomie assez longue pour placer la canule dans l'angle inférieur de la plaie. Suivant l'état de l'opéré, la trachéotomie et la thyrotomie peuvent être faites le même jour.

Après avoir sectionné le cartilage thyroïde au moyen du bistouri et des ciseaux, on écarte les valves de façon à ne pas léser les cordes et à ne pas produire de fractures des cartilages ; puis on enlève le néoplasme avec les intruments tranchants, les serre-nœuds, le thermo-cautère ou le galvano-cautère. S'il est nécessaire d'agrandir le champ opératoire, on divise le cricoïde et même la membrane thyro-hyoïdienne. L'opération terminée on suture seulement les parties superficielles, en laissant le canule en place pendant quelques temps.

Cette opération est rendue difficile par l'ossification des cartilages comme cela se présente fréquemment dans les nombreuses affections du larynx, dans le cancer en particulier. Ce procédé a encore l'inconvénient de léser les insertions des cordes, de déterminer ainsi des troubles consécutifs de la phonation par suite de la différence de niveau, de la cicatrisation défectueuse ou de la rétraction des rubans vocaux.

Le procédé précédent est appelé *laryngotomie totale* par opposition au suivant qui est nommé *laryngotomie partielle*. Suivant que celle-ci est pratiquée au-dessous ou au-dessus du thyroïde, on la désigne sous le nom de *sous-thyroïdienne* ou *sus-thyroïdienne*; celle-ci est encore appelée laryngotomie *sous-hyoïdienne*.

α. *Laryngotomie sous-thyroïdienne*. Elle est réservée pour les tumeurs sous-glottiques. Elle peut être faite au niveau de l'espace inter-crico-thyroïdien. On peut encore la pratiquer en sectionnant la membrane crico-thyroïdienne et le cricoïde et même au besoin en ouvrant la trachée (*trachéo-laryngotomie partielle*).

β. *Laryngotomie-sous-hyoïdienne*. Cette opération permet d'arriver sur les tumeurs de l'orifice supérieur du larynx. Suivant qu'on suit le bord inférieur de l'os hyoïde (Malgaigne) ou le bord supérieur du cartilage thyroïde (Follin), on tombe dans le pharynx ou dans le larynx.

La laryngotomie n'a pas été employée fréquemment comme on peut le voir en parcourant le livre de von Bruns (1), qui a recueilli la plupart des observations de ce genre. En effet, d'après cet auteur, elle n'a été faite que cinq fois pour le traitement des sarcomes (dont deux fois chez la malade de Balassa) (2). Dans deux cas, la récidive survint de un à deux mois après l'opération et dans les autres, elle n'avait pas eu lieu sept mois et demi et huit mois après l'excision. Dans l'observation de G. Bück (3), il s'agissait d'un fibro-sarcome de la corde vocale ; après son extraction, il laissa une cicatrice linéaire qui, en se rapprochant de la corde vocale opposée, permettait la phonation; dans celle de Laroyenne (4), il existait un sarcome fasciculé de la corde vocale droite. Nous pouvons ajouter à ces faits l'observation d'une femme qui, opérée par Rauchfuss (5) pour un sarcome de la corde vocale, survécut deux ans, quoique la récidive se fut produite quelques mois après l'ouverture du larynx, et celle d'un homme âgé de 30 ans, bien portant, un an et demi après une pharyngotomie pratiquée par Burow (6) pour un sarcome fasciculé de la face postérieure de l'épiglotte.

Si les résultats de la laryngotomie ne paraissent guère favorables pour les sarcomes, ils le sont encore moins pour les cancers. En effet, en consultant le tableau de Von Bruns qui renferme 18 observations de cancers opérés par cette méthode, on voit que la mort est survenue deux fois après quelques jours, que la récidive s'est produite quatre fois immédiatement après l'opération, quatre fois aussi quinze jours après la cicatrisation de la plaie, trois fois dans les mois suivants et une fois

(1) Krishaber. — *Le cancer du larynx*, 1880, p. 77.
(2) Schech. — *Deutsch. Archiv f. k. Med.* B. XVI, s. 236, 1875.
(3) Krishaber. — *Loc. cit.*, p. 75.
(4) Coupard. — *Revue de Laryngologie*, 1882, p. 42 et In *Thèse de Schwartz*, 1886, p. 128.
(5) B. Fraenkel. — *Langenbeck's Arch.*, 1886, B. XXXIV.
(6) R.C. Myles. — *A case of ep thelioma of the épiglottis remored with an epiglotomes. New Orléans med. an surg. J.*, 1887, oct.

(1) Von Bruns. — *Die Laryngotomie*, 1878, p. 58.
(2) Balassa. — *Wien. med. Woch.*, 1868, nov.
(3) G. Bück. — *Med. chir. Trans. London*, vol. LV, p. 61.
(4) Laroyenne. — *Gazette hebd.*, 1873, p. 780.
(5) Rauchfuss. — *Saint-Pétersb. med. Zeit.*, III, 153 et VI, 46.
(6) Burow. — *Berl. kl. Woch.*, 1877, n° 8, p. 101.

au dix-huitième mois ; enfin, dans le cas de Sands, il n'y eut pas de récidive locale, mais le malade mourut vingt-deux mois après la laryngotomie, d'un cancer du rein et de la capsule surrénale. Nous pouvons encore citer les observations de Balassa (1) qui enleva par ce procédé un épithélioma des ventricules chez une femme de 44 ans, en juillet 1865 et une autre tumeur de même nature chez un autre malade, le 30 avril 1867 ; celle de Burow (2) dont le malade mourut trois jours après la laryngofissure ; celle de Perrin (3), dont le patient vivait trois mois après l'extirpation d'un épithéliome de l'épiglotte par la pharyngotomie sous-hyoïdienne avec le thermo-cautère, sans trachéotomie ; celle du malade de Moure (4), qui eut une récidive le douzième jour ; celle de Thiersch (5), qui dut pratiquer l'extirpation du larynx deux ans après à cause de la récidive de la tumeur ; celle du malade de Pick, qui succomba le quatrième mois, après une nouvelle apparition du néoplasme dès la huitième semaine ; celle de Salzer (6), qui relate les sept cas de laryngofissure opérés par Bilroth de 1870 à 1884 : chez deux malades, la mort fut due à l'intervention et chez trois autres on constata des récidives au bout d'un, douze et treize mois (C'est sur l'un de ces malades qu'a été pratiquée la première extirpation totale du larynx). Un des malades de Billroth était guéri deux ans et neuf mois après la laryngotomie; quant au dernier, il avait été perdu de vue après deux opérations successives. Depuis quelques mois, de nouvelles observations ont été publiées par J. Bœckel, (7) Stewart, Clinton Wagner, et Solis-Cohen. J. Bœckel a pratiqué il y a six ans et demi une trachéo-laryngotomie pour un épithélioma papillaire du larynx chez un homme de cinquante-trois ans, qui actuellement n'a pas eu de récidive. Le fait de Solis-Cohen (8) est encore plus remarquable, puisqu'il a enlevé par thyrotomie, il y a vingt ans, un épithélioma du ventricule gauche chez un homme âgé alors de 30 ans. Notre confrère américain a pu constater récemment que son opéré était encore bien portant; un tissu nouveau s'est formé aux dépens de la paroi inférieure de son ventricule, qui a été en grande partie oblitéré par éversion. Mais en revanche les cas de Clinton Wagner (9) ont donné de mauvais résultats. Chez trois malades auxquels il a fait la thyrotomie avec trachéotomie, il a vu la récidive se produire et la mort survenir au bout de trois mois chez l'un, de huit mois chez l'autre et de deux ans chez le dernier; la tumeur s'était reformée chez celui-ci cinq mois après l'opération ; enfin, dans un autre cas de thyrotomie sous-hyoïdienne, destinée à enlever une tumeur confinée à l'épiglotte, le néoplasme a récidivé au pharynx, à la base de la langue et au larynx et le malade a succombé huit mois après. Stewart (10) vient à son tour d'enlever la muqueuse et les cordes vocales d'un malade atteint d'épithélioma dont la guérison date de quatre mois.

En résumé, la laryngotomie n'a donné de bons résultats qu'à deux ou trois opérateurs. Aussi oserons-nous à peine la conseiller dans les sarcomes circonscrits n'ayant pas encore envahis les tissus voisins et dans les cancers bien limités et ayant respectés les parties voisines ainsi que les ganglions. Cette opération ne donne guères qu'une survie de dix mois. (*A suivre.*)

(1) Balassa. — *Wien. med. Woch.*, 1868, nov.
(2) Burow. — *Berl. kl. Woch.*, 1878, 633.
(3) Perrin. — *Annales des maladies de l'oreille*, 1882, t. VIII, page 75.
(4) Moure. — *Revue mens. de Laryngologie*, 1884, n° 7.
(5) Thiersch. — *Deutsch. Zeits. f Chir.*, B. XVI, 149.
(6) Salzer, — *Arch. f. kl. Chir.*, 1885, B. XXXI, 848.
(7) J. Bœckel. — *Soc. de med. de Strasbourg*, 1887, nov.
(8) Solis-Cohen. — *Rev. mens. de lar.*, 1888, n° 2, p. 85.
(9) Clinton Wagner. — *Med. Record*, 1887, n° 890, p. 677.
(10) Stewart. — *Lancet*, 1887, 21 mai.

PATHOLOGIE EXTERNE

De l'innocuité du cathétérisme aseptique chez les prostatiques ;

Par M. LAVAUX, interne des hôpitaux.

Dans un travail publié au mois d'août 1887 dans les *Archives générales de médecine* (1), je disais que l'on doit toujours pratiquer le cathétérisme chez les prostatiques arrivés à la troisième période, *à condition de prendre les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.* J'en donnais la preuve en citant l'observation d'un vieillard de 74 ans atteint de rétention chronique incomplète avec distension de la vessie, qui allait succomber par le fait d'accidents urémiques et qui, après un traitement de quelques jours, était hors de danger. Ce succès, je le devais tout entier au cathétérisme.

J'ai recueilli récemment, à l'hôpital de la Pitié, dans le service de mon cher maître, M. Troisier, une seconde observation qui vient à l'appui de mon opinion.

Observation. — Il s'agit d'un prostatique âgé de 56 ans qui, il y a deux ans et demi environ, fut pris, après avoir éprouvé quelques troubles dans la miction, d'une incontinence d'urine nocturne d'abord, puis bientôt nocturne et diurne. Malgré cela il y avait plusieurs mictions volontaires dans les 24 heures. Ce malade consulta plusieurs médecins : aucun n'osa le sonder ; on lui prescrivit simplement de l'iodure de potassium. L'incontinence persista aussi bien le jour que la nuit et le malheureux malade dut porter un urinal en permanence. Les urines seraient restées longtemps claires. Ce ne serait que vers le mois d'octobre 1887, qu'elles auraient laissé déposer au fond du vase une grande quantité de pus. En même temps, elles auraient présenté une odeur infecte. Les mictions, non douloureuses, seraient aussi devenues plus fréquentes. Depuis le début de ces divers accidents, l'appétit avait sensiblement diminué et était devenu irrégulier ; il était survenu des alternatives de diarrhée et de constipation ; le malade avait beaucoup maigri et ses forces s'étaient notablement affaiblies. Il n'avait jamais eu d'œdème, mais depuis le mois de novembre 1886, il éprouvait de la dyspnée et des palpitations quand il marchait ou essayait de monter un escalier.

Lorsque ce malade se présenta à la consultation, le 12 décembre 1887, il me raconta qu'il avait encore des mictions volontaires, qu'elles étaient même plus nombreuses depuis quelques semaines, mais que la nuit et même le jour son urinal se remplissait sans qu'il s'en aperçût. Ses urines contenaient une quantité considérable de pus ; elles étaient alcalines et présentaient une odeur ammoniacale très prononcée. Je les examinai, après les avoir filtrées, d'après les procédés classiques : elles contenaient beaucoup d'albumine ; il n'y avait pas de sucre. Le malade avait une dyspnée intense et se plaignait de palpitations. L'examen des poumons ne révéla que des signes d'emphysème. Les bruits du cœur n'étaient ni dédoublés, ni soufflants, mais ils étaient beaucoup plus fréquents qu'à l'état normal. Bien qu'il n'y eût pas d'élévation de température, on constatait 104 pulsations à la minute. Le pouls était assez régulier ; il présentait cependant quelques intermittences. Les artères radiales paraissaient peu athéromateuses. L'état des voies digestives laissait beaucoup à désirer : la langue était saburrale ; la bouche pâteuse, l'appétit, très médiocre. Le malade présentait une maigreur assez prononcée et ses forces avaient tellement diminué qu'il avait de la peine à se rendre à son bureau.

Je n'hésitai pas à intervenir séance tenante. Voici comment j'opérai, comment j'opère ordinairement dans ces cas. Je

(1) *Du cathétérisme chez les prostatiques.*

prends ma sonde uréthrale à double courant, j'introduis la boule de cet instrument jusque dans le cul-de-sac du bulbe, puis j'adapte l'autre extrémité de ma soude au tube en caoutchouc de l'appareil dont je me sers pour le lavage de la vessie sans sonde. Au moyen d'une solution d'acide borique à 4 0/0. Je lave largement l'urèthre antérieur. Cela fait, je retire mon instrument et j'introduis jusque dans la vessie une sonde molle n° 14 au 15 rendue aseptique par les moyens ordinaires. L'urine s'écoule; dès que je cesse d'avoir un véritable jet, je fais passer de l'eau boriquée dans la vessie. Pour cela je me sers encore de mon appareil pour le lavage de la vessie sans sonde. J'ai soin de prendre la canule n° 1, dont l'orifice de sortie n'a qu'un millimètre un tiers de diamètre, et de l'introduire dans la sonde en caoutchouc. De cette façon, je n'emploie qu'une pression très faible; de plus, l'écoulement du liquide est lent. L'injection vésicale est donc faite avec la plus grande douceur. Lorsque j'ai fait passer ainsi 200 gr. de solution boriquée dans la vessie, je ferme le robinet de la canule, je retire celle-ci et je laisse de nouveau le réservoir urinaire se débarrasser d'une partie de son contenu. Je recommence l'injection et ainsi de suite jusqu'à ce que le liquide revienne clair. Je laisse alors une certaine quantité d'eau boriquée presque pure dans la vessie, je retire la sonde et j'ai soin de laver une dernière fois l'urèthre antérieur.

Chez mon malade, qui ne voulut pas tout d'abord entrer à l'hôpital, je ne pus pendant neuf jours pratiquer de la sorte le cathétérisme qu'une seule fois dans les 24 heures. Cela suffit cependant pour faire disparaître l'odeur ammoniacale de l'urine, le pus et une grande partie de l'albumine, et pour diminuer considérablement l'incontinence. A ce moment le malade se décida à entrer à l'hôpital. Je pus alors le sonder deux fois par jour à 12 heures d'intervalle et continuer les injections intra-vésicales d'eau boriquée. Dès le lendemain, je vidai complètement sa vessie, qui contenait 750 gr. d'urine acide et non albumineuse. Le troisième jour, l'incontinence avait complètement cessé; il n'y avait pas de mictions volontaires, les deux cathétérismes suffisaient à assurer l'évacuation de l'urine. Le cinquième jour, le malade demandait à quitter l'hôpital. Il avait moins de dyspnée et de palpitations, la langue était humide et l'appétit assez bon. Je lui avais appris à se sonder. Je lui conseillai de le faire trois fois par jour, afin d'éviter plus sûrement l'incontinence.

Telle est la méthode que j'ai suivie, malgré des antécédents et un ensemble symptomatique aussi sérieux, et tels sont les résultats que j'ai obtenus.

Certains chirurgiens, entre autres M. le Pr Guyon, conseillent d'agir, en pareil cas, d'une façon toute différente. « Pour ma part, dit-il (1), j'ai adopté le parti de rester dans une expectation prudente toutes les fois qu'une alimentation réparatrice et appropriée, telle que le régime lacté qui d'ailleurs, dans ces cas, ne doit pas être exclusif, ne peut être supportée, et que l'emploi méthodique des toniques et des eupeptiques, des frictions sèches ou stimulantes, des massages, d'un exercice pris dans de bonnes conditions, n'amène pas promptement une amélioration relative. »

Cette méthode, prudente en apparence, fait perdre en réalité un temps précieux. Plus l'état général est grave, plus il faut se hâter, il me semble, mais en redoublant de précautions de toutes sortes, surtout de précautions antiseptiques. Du reste, s'il ne survient pas d'amélioration, M. Guyon refuse absolument d'intervenir. « Si la préparation est complètement stérile, ajoute-t-il, si le malade, loin de réagir, va toujours s'affaiblissant, s'il ne tolère ni l'alimentation, ni la médication, il est au moins inutile d'engager une partie perdue d'avance. »

Le professeur de l'hôpital Necker ne se fait pas d'illusions, cependant, sur les conséquences de cette abstention absolue. « Rester inactif, dit-il p. 513, c'est abandonner le malade à la marche inexorable des accidents. »

(1) *Annales des mal. des organes gén. urin.* Septembre 1887, p. 514.

Il est un autre point de la pratique de M. Guyon qui me paraît des plus dangereux. Voici ce qu'on lit p. 515 à propos de l'évacuation de la vessie : « Tout d'abord, avant même de l'entreprendre, et de commencer à soumettre la vessie à des variations de volume, il est bon, si le malade est impressionnable et sensible, d'*habituer l'urèthre à subir le contact des instruments,* pourvu qu'il n'y ait pas d'urgence à procéder immédiatement à l'évacuation et cette urgence est bien rare. Dans ce but, vous consacrerez quelques séances, à deux ou trois jours d'intervalle, à introduire des bougies rendues aseptiques que vous retirerez aussitôt, absolument comme s'il s'agissait d'un rétrécissement à dilater. »

Cette préparation du canal me paraît inutile. De plus, elle doit être nuisible, surtout dans les cas graves, si l'on se contente ainsi pour toutes précautions antiseptiques de prendre un instrument aseptique. Qu'importe, en effet, l'asepsie de la bougie si l'on ne nettoie pas préalablement l'urèthre? On n'en repoussera pas moins dans la vessie les milliers de microbes qui s'y trouvent et qui vont donner un nouveau coup de fouet à la cystite. Un large lavage préalable du canal uréthral au moyen d'une solution antiseptique est indispensable si l'on veut pratiquer le cathétérisme d'une façon rigoureusement aseptique. Je le répète, il n'est pas plus superflu, quoi qu'on en ait dit, de rendre préalablement l'urèthre aseptique que de faire une injection vaginale avant une injection intra-utérine dans les cas d'infection puerpérale.

Si j'insiste autant, c'est que je considère cette question comme capitale dans l'intervention chez les prostatiques à la troisième période, surtout quand il y a un ensemble symptomatique grave. S'il est quelquefois survenu en pareille circonstance des accidents foudroyants, je suis convaincu que cela n'était dû, dans certains cas tout au moins, qu'à une seule chose, à une antisepsie incomplète.

Comme on vient de le voir, sous l'influence d'un cathétérisme rigoureusement antiseptique, ou mieux aseptique, et grâce aux injections intra-vésicales d'eau boriquée tiède, l'état alcalin des urines, leur odeur infecte, le pus, l'albumine, l'incontinence d'urine, qui datait de deux ans et demi, ont disparu chez mon malade comme par enchantement, à mesure que l'état général s'améliorait. En présence de tels résultats, on comprend difficilement que certains chirurgiens refusent encore aujourd'hui d'intervenir et restent, de propos délibéré, simples spectateurs devant un état qui ne peut que s'aggraver et conduire plus ou moins rapidement le malheureux malade à une mort certaine, fatale.

DONS. — M. GALIGNANI, décédé à Paris en 1882, a chargé, par son testament, l'Assistance publique de créer une maison de retraite pour y recevoir cent personnes des deux sexes, âgées de soixante ans révolus, de très bonne moralité et reconnues pour être sans moyens d'existence. Pour être admis dans cette maison, chaque personne devra payer une pension annuelle de 500 fr., fournir son mobilier et prendre à sa charge les frais personnels d'éclairage et de chauffage. Toutefois, dans ce nombre de cent personnes, il y aura cinquante admissions gratuites, c'est-à-dire, ne payant pas les 500 fr. de pension, et toujours renouvelables au fur et à mesure des décès, en faveur de personnes dans les conditions de position sociale déterminées, par exemple, la suivante: Vingt hommes de lettres ou artistes français, leurs pères ou leurs mères, leurs veuves ou leurs filles, à la nomination d'une commission déléguée, à cet effet, par l'Académie française et par l'Académie des beaux-arts.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les traitements de la rétroversion de l'utérus.

Dans notre dernier numéro (1) nous avons exposé l'étiologie de la rétroversion utérine ; aujourd'hui nous allons résumer ses symptômes et commencer une description rapide des différents modes de traitement proposés.

Symptômes. — C'est au début, par des troubles fonctionnels, qu'est appelée l'attention de la malade. Une grande pesanteur dans les lombes, exagérée par la marche, des tiraillements dans les aines, dans le bas-ventre, de la douleur dans les cuisses, sont les premiers symptômes qu'elle ressent. Cette sensation de pesanteur s'exagère le soir, après la fatigue de la journée, et doit être attribuée à l'abaissement de l'utérus. La douleur est augmentée au moment des selles, ainsi que pendant les rapports sexuels, et quoique la dyschézia et la dysparcunia soient beaucoup moins intenses qu'au cours du rétrolapsus des ovaires, il faut cependant en tenir compte. Ces deux derniers signes sont très augmentés d'intensité quand la chute de l'ovaire accompagne la rétroversion, ce qui est assez fréquent. Enfin terminons ce qui a trait à la douleur, en signalant les coliques utérines, les douleurs expulsives qui se manifestent fréquemment au moment des règles chez ces malades, surtout chez celles qui ont de la rétroflexion ; ces douleurs sont dues à la difficulté mécanique de l'expulsion du sang hors de l'utérus coudé, à la rétention consécutive des règles. Enfin Hart et Barbour (2) ont signalé l'*avortement*, si l'utérus, maintenu par des adhérences, ne peut se redresser, ce qui rentre dans la question de la rétroversion de l'utérus gravide.

A ces symptômes d'ordre mécanique, ajoutons la stérilité qui reconnaîtrait une cause de même nature (3). La leucorrhée très abondante est dûe à la lacération du col et à l'endométrite qui compliquent fréquemment la rétroversion. Enfin, ces douleurs constantes amènent dans l'état général de la malade des troubles sérieux d'ordre sympathiques, dyspepsie, neurasthénie, pâleur et anémie, qui produisent bientôt le faciès dit utérin. Souvent l'hypochondrie et des phénomènes hystériformes viennent compléter le tableau des souffrances qu'éprouvent ces malheureuses et contribuent à en faire des infirmes qu'il faut soulager à tout prix.

L'examen physique donne des notions précises sur l'existence de la rétroversion ou de la rétroflexion, et sur les complications qui la peuvent accompagner : déchirure du col, adhérences cicatricielles dans le cul-de-sac de Douglas, manque de résistance du plancher pelvien ; situation et état de l'ovaire et de la trompe. Et d'abord le toucher vaginal combiné au palper abdominal, permet de reconnaître que l'utérus n'occupe plus sa situation normale en arrière du pubis, et que le cul-de-sac antérieur du vagin est vide. Le cul-de-sac postérieur, au contraire, est manifestement rempli par une tumeur dure, lisse, arrondie, plus ou moins mobilisable, subissant les mouvements que l'un des doigts imprime au col, pendant que l'autre doigt reste fixé sur la tumeur. Le col est refoulé derrière le pubis, très avant, il n'y a pas de rainure entre la face postérieure de ce col et la face postérieure de l'utérus formant tumeur, s'il s'agit d'une rétroversion ; au contraire le col peut être situé dans sa position normale, mais il est séparé de la tumeur du cul-de-sac de Douglas par un sillon profond s'il s'agit d'une rétroflexion. Le diagnostic absolu sera donné par l'hystéromètre.

Si l'on s'était borné à introduire le spéculum sans faire le toucher bimanuel (ce qu'on ne doit jamais manquer de faire), l'examen peut être parfaitement négatif, surtout s'il s'agit d'une rétroflexion, car dans la rétroversion, il y aurait une difficulté assez grande à aller saisir le col cachidémèse, la symphyse pubienne, et c'est dans ces cas que des erreurs de diagnostic ont pu être commises, au grand détriment des malades, qui ont été traitées comme hypochondriaques et neurasthéniques. Le toucher vaginal sera dans nombre de cas, accompagné avec avantage par le toucher rectal, pratiqué en même temps. — La tumeur du cul-de-sac de Douglas sera ainsi appréciée dans son volume, sa situation exacte, son adhérence à l'utérus, sa mobilité, les brides cicatricielles qui le maintiennent et ce moyen pourra également rendre des services dans la réduction de cette luxation de l'utérus. Enfin le diagnostic sera complété par l'hystérométrie qui seule indiquera d'une façon positive la situation de l'organe, son inflexion, la courbure qu'il affecte, etc. On se servira d'ordinaire d'un hystéromètre d'Huguier malléable en cuivre ou mieux en étain ; on prendra la précaution de s'enquérir soigneusement de l'état des règles de la femme ; comme ne manquait jamais de le faire notre maître Gallard, on fait revenir la femme au moment des règles, afin de s'assurer qu'elle n'est pas enceinte, puis après avoir placé la malade dans le décubitus dorsal et avoir appliqué le spéculum de Cusco, on introduit doucement l'hystéromètre, sans choc, sans effort ; si celui-ci est arrêté dans sa course, on le retire, on lui imprime une flexion plus forte et on cherche de nouveau à l'introduire, en ayant soin de redresser justement le manche de l'instrument vers le pubis. De cette façon on constate : 1° que la cavité est un peu augmentée de largeur, ce qui est la règle ; 2° qu'elle est directement inclinée d'avant en arrière sans courbure, alors qu'il y a simplement rétroversion ; 3° qu'il faut donner à l'hystéromètre une courbure plus ou moins prononcée pour l'introduire jusqu'au fond s'il y a rétroflexion. En exécutant quelques mouvements de redressement, on se rend facilement compte de la mobilité de l'utérus, de l'existence des adhérences au cul-de-sac postérieur, et de la cavité qu'elles présentent. Enfin il faut examiner la femme debout, afin de savoir le degré d'abaissement de l'utérus et de se rendre compte, en faisant exécuter un effort à la malade, de la résistance du plancher pelvien.

Le pronostic varie avec l'importance des troubles fonctionnels qui sont en rapport avec la profession de la femme ; si celle-ci est soumise à des métiers de force, à de la fatigue, à la station verticale, elle ne peut longtemps tolérer la luxation de l'utérus ; il dépend aussi des

(1) Voir *Progrès médical*, n° 22, p. 428.
(2) Hart et Barbour. — *Traité des maladies des femmes*, éd. franç., 1886.
(3) Hervez de Chégoin, loc. cit., et M. Guinewald, *Arch. für Gynäkologie*, B. VIII, Helft 3, p. 5.

adhérences qui rendent facile ou difficile, parfois impossible, la réduction du déplacement après des complications de rupture du périnée, de déchirure du col et de rétrolapsus ovarien.

Le *diagnostic* est parfois épineux. La palpation bimanuelle, le toucher rectal, surtout l'hystérométrie, lèvent bien des difficultés. Nous ne pouvons insistor ici sur le diagnostic avec les salpingites si souvent méconnues; avec l'ovaire retrolabé. Nous renvoyons à la thèse de Vallin (1).

Dans le premier cas, il s'agit d'une tumeur plus ou moins allongée en cordon, assez douloureuse, ne faisant pas corps avec l'utérus, et dans laquelle le cathétérisme utérin lèvera les doutes, le siége des *coliques* n'est pas le même; pour le rétrolapsus ovarien, la tumeur est plus petite, très dure, arrondie, d'une sensibilité exquise toute spéciale; on ne peut être embarrassé que si cette chute de l'ovaire complique la rétroversion; les fibromes sous-péritonéaux, les grossesses extra utérines peuvent aussi causer des erreurs de diagnostic.

Traitement. — Étant donnée une rétroversion, en son degré plus avancé une rétroflexion de l'utérus, à quel traitement devra-t-on recourir? Si la rétroversion est récente, s'il n'y a pas encore d'adhérences qui maintiennent l'utérus dans sa situation vicieuse, ou, dans le cas où il y en aurait, si ces adhérences sont lâches, et faciles à distendre, il faut opérer le premier temps du traitement : la *réduction* et ce temps sera facile. On l'obtiendra par divers moyens : d'abord par le toucher vaginal pratiqué avec deux doigts : l'un introduit dans le cul-de-sac antérieur et repoussant le col de derrière le pubis pour le chasser en arrière, tandis que le second doigt, placé dans le cul-de-sac postérieur, pénètre très profondément et chasse en avant la face postérieure du corps utérin; les deux doigts agissent en sens inverse pour faire tourner l'utérus autour de son isthme pris comme axe horizontal. C'est la méthode de Boivin et Dugès. On se trouvera bien, dans beaucoup de cas, d'exercer cette manœuvre en introduisant le second doigt dans le rectum et en refoulant ainsi en avant la face postérieure de l'utérus sur laquelle on pèse dans une plus grande étendue. Si ce moyen ne suffit pas, si l'utérus, très mobile, revient immédiatement à sa fausse position dès qu'il a été abandonné par les doigts redresseurs, on mettra la malade dans la *situation genu-pectorale*, qui rendra de très grands services. — C'est en donnant cette situation à ses malades que M. le docteur Bouilly réduit la plupart des rétroversions qu'il observe à la Maternité. La malade est à genoux sur le lit du spéculum, les coudes appuyés; le doigt introduit dans le vagin gagne le cul-de-sac postérieur et refoule en avant et en haut la face postérieure de l'utérus; un mouvement de basculo communiqué au doigt et l'introduction du spéculum de Sims, permettent l'entrée de l'air qui distend le vagin et le cul-de-sac postérieur; de sorte que l'utérus entraîné par son poids, tombe en avant; il suffit de remplir le cul-de-sac postérieur avec des tampons d'ouate hydrophile secs ou imbibés de glycérine pour obtenir une réduction passagère du déplacement, et ce traitement continué avec méthode amène assez souvent la guérison.

(1) Vallin, th. Paris, 1887.

Plusieurs auteurs ont conseillé de faire prendre fréquemment à la femme la situation *genu-pectorale*, en même temps qu'on la soumet à des sortes de douches vaginales d'air ou de liquide qui contribueraient puissamment à la réduction de l'organe déplacé. Récemment, au Congrès de Chirurgie, M. Berrut a émis une série de considérations sur ce point de pratique (1).

Enfin, il est un moyen de redressement qui, manié par des gynécologistes expérimentés et avec certaines précautions donne les meilleurs résultats; il est d'une application très facile; d'autant plus qu'il sert pour ainsi dire de deuxième temps à un des modes de l'exploration diagnostique: nous voulons parler du cathétérisme. Nous avons insisté sur le cathétérisme explorateur qui a pour corollaire le cathétérisme redresseur et se fait dans la même séance; le cathéter, introduit dans l'utérus, la rétroversion exactement diagnostiquée, sans enlever l'instrument, on se met en devoir de redresser l'organe, si celui-ci est suffisamment mobilisable.

Dans l'exploration, nous l'avons vu, le manche de l'instrument est dirigé en haut et le bec de la sonde en bas vers le sacrum; il faut d'abord que la concavité du cathéter, dirigée inférieurement, soit ramenée vers le pubis. Pour obtenir ce résultat, il faut se rappeler la manœuvre employée dans la rotation du forceps, c'est-à-dire faire décrire au manche de l'instrument un large cercle tandis que le bec reste presque immobile et tourne sur lui-même dans la cavité utérine, pour éviter de dilacérer l'organe. On fait ainsi décrire au manche de la sonde une large circonférence qui le ramène en bas, puis on redresse le manche de l'instrument afin de ramener l'utérus dans l'axe qu'il doit occuper normalement. La réduction est ainsi obtenue; souvent on peut, pour aider le mouvement que l'on fait décrire à l'utérus, appuyer sur le cathéter en poussant avec le doigt sur la face postérieure de l'utérus, soit par le rectum, soit dans le cul-de-sac postérieur du vagin. La réduction ainsi faite, on devra obtenir la contention de l'organe ramené à sa situation normale. Mais avant de passer au deuxième temps, parlons de quelques-unes des difficultés qui accompagnent ce premier temps : la douleur, les adhérences. La douleur causée par le redressement de l'utérus est très variable suivant les sujets; elle peut être due à l'endométrite qui, si fréquemment, accompagne cet état; l'inflammation du péritoine causée par l'utérus déplacé et agissant comme corps étranger, ou un rétrolapsus concomitant de l'ovaire; enfin, les réactions nerveuses peuvent aller jusqu'à la syncope qui accompagnent chez certains sujets les manœuvres sur les organes pelviens et constituent un des dangers du chloroforme dans ces cas. Dans le premier cas, il faudra soigner l'endométrite en même temps que la rétroversion; on commence par réduire la luxation pour traiter ensuite l'inflammation de la muqueuse entretenue par cette situation fâcheuse. Le redressement, dans ce cas, comme dans le suivant

(1) Berrut. — *Considérations paradoxales sur la situation de l'utérus;* in *Congrès de chirurgie*, 1888 et *Semaine médicale*, 21 mars 1888, p. 109.

(inflammation péritonéale), devra être fait après avoir soumis la malade au chloroforme ; ce qui permettra, grâce à la laxité des parois abdominales et périnéales, d'aider le redressement au moyen de l'instrument par des manœuvres sur l'organe lui-même. La luxation de l'ovaire sera traitée à part. Quant aux adhérences, si elles sont molles ou faciles à allonger, il faudra recourir aux moyens de douceur, qui consisteront à redresser l'utérus en plusieurs temps et à maintenir le résultat acquis par des tampons ou des pessaires, jusqu'à ce qu'on puisse redresser davantage l'organe déplacé. Ce sont souvent ces adhérences que l'on peut constater sous les formes de brides vaginales, qui causent la non réductibilité de la luxation et ont engagé à recourir aux opérations plus graves. La réduction obtenue, il faut pratiquer la contention, et, ici, la difficulté devient considérable. Dès le commencement du siècle on a eu recours à l'interposition dans les culs-de-sac d'éponges, de bourdonnets de charpie (Boivin et Dugés), de pessaires variés. Aujourd'hui on a recours aux tampons d'ouate hydrophile, trempés dans des liquides médicamenteux: glycérine pour combattre l'inflammation et l'engorgement; laudanum si la douleur est intense; iodoforme si la muqueuse du col est ulcérée, etc. Mais ce moyen ne peut être, en général, employé fort longtemps ; le tampon ne peut être maintenu en place plus de quelques jours, pour des raisons de propreté, il doit être remplacé quotidiennement ou tous les deux jours par d'autres tampons, ce qui nécessite l'intervention médicale, le tampon devant être appliqué au point utile, c'est-à-dire très haut dans le cul-de-sac postérieur s'il y a rétroflexion.

Pour ces raisons, il faut recourir à un moyen qui permet de maintenir le redressement de l'utérus, sans que la malade soit soumise aux soins médicaux quotidiens ; c'est le but recherché par les pessaires.

Nous avons vu que ces instruments ont été multipliés à l'infini dans la période qui s'étend de 1850 à 1880. Nous ne voulons insister ici ni sur les pessaires intra-utérins de Valloix, de Tamowski, de Dumont-Pallier, étudié dans la thèse de Forver en 1882 ; ni sur le redressement intra-utérin avec la laminaire préconisée récemment encore par Poncet (*Lyon médical*, 1888), etc., qui sont à peu près abandonnés aujourd'hui ; nous allons dire quelques mots du pessaire de Hodge et de ses modifications qui en font aujourd'hui le pessaire de la rétroversion.

Le pessaire de Hodge est formé de deux branches parallèles disposées en S, reliées à la partie supérieure et postérieure par une tige arrondie et en avant par une barre plus étroite et plus carrée. Il est introduit de façon que la partie évasée et arrondie soit placée dans le cul-de-sac postérieur et très haut en arrière du col qui est compris entre les barres parallèles, tandis que la portion extérieure carrée est placée derrière le pubis sur lequel elle prend un point d'appui.

Le pessaire de Hodge est difficile à choisir, et doit être approprié à chaque sujet. Trop long, en effet, il comprime l'urèthre et gêne l'émission de l'urine qu'il peut empêcher, il comprime le rectum et trouble la défécation. Trop court il n'est pas appuyé et est propulsé au dehors dans les efforts de toux ou de défécation. Trop étroit, il étrangle le col et peut causer des douleurs vives; de plus il empêche les rapports sexuels et ne peut être supporté. Le pessaire de Hodge est généralement fait en aluminium, ce qui est très favorable à cause du peu d'altération que subit la substance ou en caoutchouc durci. Mais ces matériaux peu malléables ne peuvent être utilisés que quand la forme et la dimension du pessaire sont choisies. Pour faire des essais, on se trouvera bien d'avoir un anneau très malléable auquel on donnera la forme voulue pour chaque cas, et qui servira de modèle pour l'instrument à fabriquer. Smith a modifié l'appareil de Hodge en arrondissant la barre antérieure, et M. le Dr Tarnier l'a perfectionné en augmentant d'épaisseur la barre postérieure qui devient grosse comme le pouce et n'est pas durcie, de sorte que ce bourrelet un peu mou agit comme un coussinet qui vient repousser le cul-de-sac postérieur sans le léser, et qui a surtout une grande utilité si l'ovaire est prolabé, celui-ci venant ainsi reposer sur le coussinet qui le refoule peu à peu vers sa fossette normale. C'est le pessaire qu'emploie dans son service gynécologique de la Maternité notre maître, M. le Dr Labadie-Lagrave.

Ces pessaires appliqués pendant deux, trois ou six mois peuvent corriger complètement une rétroversion ou une rétroflexion d'origine récente, sans complications d'adhérences.

Mais ce n'est pas dans tous les cas que l'on obtient cet heureux résultat, et lorsque ces méthodes non sanglantes ont échoué, devant les souffrances de la malade, devant l'état d'infirmité à laquelle elle est réduite, on est forcé de recourir aux opérations sanglantes. Les unes portent sur les soutiens supérieurs de l'utérus, c'est-à-dire sur les ligaments (raccourcissement des ligaments ronds, opération d'Alexander), les autres sur les soutiens inférieurs de l'utérus et reconstituent un plancher pelvien, (périnéorrhaphie et colporrhaphie). D'autres, enfin, visent à rattacher l'utérus par des adhérences nouvelles et anormales à la paroi du ventre, etc., opérations nouvelles, dont nous dirons quelques mots, mais qui n'ont pas encore fait leurs preuves.

Bl. Edwards.

Hôpital du Midi : Conférences cliniques de M. le Dr Du Castel.

Le vendredi 1er juin, M. le Dr Du Castel a fait sa première conférence sur la *Blennorrhagie*, qu'il se propose d'étudier surtout au sujet de son traitement. Après avoir passé en revue les différentes théories proposées pour expliquer la nature de cette affection et avoir fait preuve dans cet exposé d'un sens critique très droit, en même temps que d'un esprit très ouvert à tous les progrès, M. Du Castel est arrivé à cette conclusion que le gonococcus de Neisser jouait sans doute un rôle de premier ordre dans la blennorrhagie, mais qu'il n'était certainement pas le seul élément à considérer dans la genèse de cette affection. Le professeur a ensuite abordé l'étude des complications en face desquelles le praticien peut se trouver dans le cours de cette maladie. La conférence s'est terminée par la présentation de cinq malades, dont trois étaient atteints d'alopécie syphilitique, soit diffuse, soit en aires avec les caractères spéciaux à cette forme d'alopécie ; les deux autres portaient des chancres mous dont le diagnostic présentait

une certaine difficulté ; la langue de l'un de ces malades était en outre affectée d'une glossite chronique superficielle dont l'étude offrait un très réel intérêt.

Ces conférences auront lieu tous les vendredis, à 9 h. 1/2. On ne saurait trop féliciter M. Du Castel de faire revivre cet enseignement de l'hôpital du Midi qui a été si brillant et si fécond, le succès ne saurait faire défaut à qui possède à un haut degré l'érudition, la clarté et la bonne humeur.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 mai 1888. — Présidence de M. Janssen.

MM. Quénu et Demeny ont étudié, au moyen des méthodes de la photochronographie et de la dynaucographie, *les variations pathologiques de la locomotion chez l'homme.* Les tracés qu'ils présentent à l'Académie indiquent les différents types de claudication survenant soit à la suite d'affections chirurgicales, soit à la suite de maladies du système nerveux.

M. E. Macé signale la *présence du bacille typhique dans le sol* aux environs d'un puits contaminé.

M. Gavoy décrit un *appareil axial de suspension pour le transport des malades ou blessés en campagne.*

M. Mayet donne la composition d'un nouveau sérum artificiel dont l'emploi perfectionne les procédés de *numération des éléments figurés du sang.*

M. Nicati a indiqué dans la séance précédente, un cas de *guérison spontanée de cataracte sénile.* L'éclaircissement de la substance cristallinienne opaque a coïncidé avec sa liquéfaction. L'histologie connaît des agents capables de dissoudre les éléments du cristallin; peut-être la thérapeutique pourrait elle utiliser ces substances?

Paul Loye.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. Panas lit un rapport relatif à un travail de M. Poncet sur *la forme tuberculeuse des manifestations oculaires de la lèpre.* La chute des cils et des sourcils fait souvent défaut ; les globes lépreux de Virchow sont constitués par des amas de cellules lymphatiques dégénérées contenant des bacilles ; la cornée constitue un siège de prédilection pour le tubercule lépreux ; la lésion lépreuse se cantonne ordinairement aux parties antérieures du tractus uvéal. M. Poncet déclare que l'infection lépreuse envahit l'œil de l'extérieur vers la profondeur et que la voie de transmission est le tissu connectif et les voies lympathiques.

Suite de la discussion sur la fièvre puerpérale et l'érysipèle.

M. Hardy revendique, au nom de la Clinique, la connaissance des rapports qui existent entre l'érysipèle et la fièvre puerpérale. En 1868, étant à l'hôpital Saint-Louis, M. Hardy dirigeait une salle de maladies de la peau et la Maternité. Une épidémie de fièvre puerpérale se déclara. Les femmes en couche furent transportées dans les salles réservées aux femmes atteintes de maladies de la peau et réciproquement. L'épidémie cessa immédiatement, mais les malades atteintes de manifestations ulcéreuses de la peau contractèrent des érysipèles. De semblables faits ont été signalés en Angleterre. En 1843, on a signalé des épidémies de fièvre puerpérale coïncidant avec des épidémies d'érysipèle chez les élèves sages-femmes.

M. Cornil reconnait le bien fondé des assertions de M. Hardy, qu'il a du reste signalées dans son rapport.

M. Hervieux a déjà démontré que l'érysipèle des femmes en couches n'est qu'une des expériences de la septicémie puerpérale et que l'érysipèle et la septicémie puerpérale peuvent s'engendrer réciproquement par contagion. Les études microbiennes peuvent expliquer les cas de contagion vulgaire, mais non les cas dans lesquels un intermédiaire a contagionné une accouchée sans la toucher. Il faut alors invoquer l'air ambiant, les voies respiratoires, la contamination. Quant à la gravité des formes de la maladie puerpérale, M. Hervieux déclare qu'aucune forme n'est constamment mortelle, qu'aucune variété n'est constamment incurable.

M. Guéniot divise en trois classes les affections puerpérales : 1° La forme péritonitique qui peut donner lieu à la péritonite généralisée et implique un pronostic extrêmement grave; 2° La forme pyohémique, résultant d'une lymphangite, d'une phlébite, et ne guérissant que très exceptionnellement; 3° La forme septicémique, d'origine extérieure, et susceptible de guérir par les injections antiseptiques, etc...

M. Cornil pense qu'on doit diviser les affections puerpérales en trois classes : 1° Les cas dans lesquels il n'y a pas de pus ; 2° Les cas dans lesquels il y a du pus et qui sont caractérisés par une péritonite généralisée ou par de la pyohémie ; 3° Les cas dans lesquels on trouve une fausse membrane adhérente à la muqueuse utérine et remplie de micro-organismes.

M. Marty commence la lecture d'un rapport sur le *plâtrage des vins* que nous analyserons dans notre prochain compte rendu.

L'Académie se constitue en *Comité secret*, à l'effet d'entendre la lecture du rapport de M. Bouchard, sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pathologie médicale. La commission présente, en première ligne, M. Damaschino ; en deuxième ligne, M. Cadet de Gassicourt ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Dieulafoy et Duguet.

A. Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 29 mai 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Suite de la discussion sur la castration pour tumeurs fibreuses utérines.

M. Tillaux est plutôt partisan de l'hystérectomie que de la castration, car cette dernière opération donne 14 °/₀ de mortalité, alors que l'hystérectomie devient chaque jour moins dangereuse. La castration est trop difficile souvent et elle ne donne que des résultats incertains ou temporaires. Elle doit surtout s'adresser aux fibromes déterminant des hémorrhagies. Etant donné un fibrome utérin, il fait d'abord la laparotomie, puis l'hystérectomie ou la castration suivant les cas. M. Tillaux montre à ce propos une tumeur fibreuse des ligaments larges pesant 13 livres, qu'il a enlevée à une personne âgée de 44 ans. Il y avait en même temps varicocèle des veines ovariennes. La malade a guéri ; M. Tillaux a enlevé le paquet formé par les veines variqueuses, représentant une tumeur volumineuse, piriforme, noirâtre, se prolongeant vers le petit bassin.

M. Monod cite le cas d'une femme de 35 ans qui, atteinte de fibromes utérins, présentait des hémorrhagies extrêmement abondantes. Il fit l'ablation des deux ovaires aussi complètement que possible. Les pertes furent diminuées, mais durèrent encore 16 mois. Il y a eu depuis l'opération, alternativement, des hémorrhagies assez abondantes et cessation des pertes. Le fibrome a diminué de volume. Aujourd'hui les pertes sont tolérables. Ce qu'il y a d'intéressant dans cette observation, c'est la persistance des hémorrhagies, malgré l'ablation totale des ovaires ; d'ailleurs il y a d'autres cas anologues dans la science. Cela cependant ne prouve pas que la castration ne soit pas une bonne opération pour les pertes intenses survenant lors de fibromes de moyen volume ; mais il demeure convaincu qu'il faut chercher surtout dans l'utérus la cause de la continuité des hémorrhagies plutôt que dans une castration incomplète.

M. Lucas-Championnière n'est pas du tout de l'avis de M. Monod. Quand il y a persistance des pertes, c'est qu'on a laissé une partie de l'ovaire dans le ventre. L'ablation des ovaires agit et sur les métrorrhagies et sur les ménorrhagies. Dans le cas de Monod, ce sont surtout les ménorrhagies qui

ont continué. On ne peut pas toujours affirmer qu'on a enlevé tout l'ovaire ; la preuve, c'est qu'une fois, après avoir refait un deuxième pédicule au dessus du premier, il a trouvé dans ce dernier des parcelles d'ovaire. Cela s'explique parce que l'ovaire présente ordinairement une sorte de prolongement qui s'avance vers l'utérus. Toutes les fois qu'il a fait la castration, il a trouvé les ovaires augmentés de volume, œdématiés, ce qui prouve que l'opération était justifiée.

M. Terrier confirme les paroles de M. Lucas-Championnière. Si les métrorrhagies persistent, c'est que tout l'ovaire n'a pas été enlevé. Il l'a déjà répété bien des fois ; il est convaincu qu'il a laissé de l'ovaire dans certains cas, opérés par lui, malgré toute l'attention qu'il a apportée à l'opération.

M. Monod fait remarquer que dans son observation il s'agit de persistance d'un écoulement sanguin et d'hémorrhagies plutôt que de persistance des ménorrhagies.

M. Bouilly a fait 5 fois l'ablation des anexes de l'utérus pour des tumeurs fibreuses ; dans 5 cas, ces annexes étaient sains, et les résultats de l'opération ont été excellents au point de vue hémostatique. Dans ces 5 cas, il y a eu suppression des hémorrhagies qui étaient très sérieuses, diminution du fibrome et des douleurs. En résumé la castration est une très bonne opération.

M. Le Dentu fait en rapport sur une observation de M. Boiteux ayant trait à un *Sarcome du bras* très étendu. Ce chirurgien fit l'extirpation et il y eut récidive. Désarticulation de l'épaule ; nouvelle récidive ; survie d'une année. M. Le Dentu fait remarquer qu'il en est presque toujours ainsi et que presque toujours le sarcome récidive au dessus des parties amputées.

M. Le Dentu fait un autre rapport sur une observation de M. Castex relative à une *trachéotomie* faite chez l'adulte pour un rétrécissement syphilitique. On donna du chloroforme (à peine quelques bouffées) ; le malade mourut subitement. — Ce fait ne prouve rien pour ou contre l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. M. Le Dentu a vu mourir un malade dans ces conditions, alors qu'il n'avait pas administré de chloroforme.

M. Terrier pense comme M. Le Dentu ; il ne croit pas en outre qu'une incision au milieu du cou puisse donner lieu à des phénomènes d'inhibition tels que la région devienne anesthésique. Il n'a jamais vu sur l'homme chose semblable.

M. Segond cependant cite le cas d'une femme adulte qu'il trachéotomisa et qui ne sentit rien lors de l'incision. Il est vrai qu'il avait fait une injection sous-cutanée de cocaïne.

M. Chauvel, employant un jour le chloroforme pour faire une trachéotomie, a dû s'en abstenir, le malade ayant présenté alors des accidents spasmodiques laryngés sérieux.

M. Schwartz est partisan du chloroforme ; il a constaté quo lorsqu'on l'utilise la respiration se régularise.

M. Quénu est du même avis.

M. Reclus croit bon l'usage de la cocaïne pour beaucoup de petites opérations (trachéotomie, castration, opération de l'hydrocèle, etc.).

M. Hergott (de Nancy) a utilisé la cocaïne lors d'une opération de fistule vésico-vaginale et s'en est bien trouvé.

Séance du mercredi 6 juin. — Présidence de M. Polaillon.

M. Monod a fait 3 fois la *trachéotomie à l'aide du chloroforme*, et 2 fois chez le même malade. Dans un cas, où il y avait ossification complète du corps thyroïde, l'opération a été très longue et la mort a été rapide. Dans un autre cas où il s'agissait d'un cancer du larynx, l'opération a été encore pénible, à cause d'une ossification complète de la trachée. Il croit que, si pour faire la trachéotomie on donne du chloroforme, il faut avoir soin de réveiller de bonne heure les malades, pour qu'ils puissent cracher le sang qui tombe dans leurs voies respiratoires.

M. Terrier proteste contre les paroles que vient de prononcer M. Monod. On peut parfaitement faire (*et il l'a fait*) une trachéotomie sous le chloroforme, alors que la trachée est ossifiée, sans que du sang tombe forcément dans le canal aérien. Il suffit de n'ouvrir la trachée qu'après avoir obtenu une hémostase parfaite ; et justement on l'obtient à l'aide de l'anesthésie, parce qu'alors on a tout le temps désirable pour lier les vaisseaux qui saignent. Pour lui, l'incision des cartilages ossifiés donne à peine quelques gouttes de sang, ce qui n'a d'ailleurs aucune importance.

Fin de la discussion sur la castration dans les tumeurs fibreuses utérines.

M. Monod n'a pas voulu présenter l'observation qu'il a rapportée dans la dernière séance comme un type de persistance des règles après l'ablation des deux ovaires. Il a dit seulement que, chez cette femme, dont il affirme avoir enlevé les deux ovaires, il a vu persister un écoulement sanguin. Il ne suffit pas de prétendre qu'il a dû laisser dans le ventre du tissu ovarien pour expliquer le phénomène ; ce serait une explication trop facile.

M. Polaillon croit qu'on doit diviser les cas à opérer par la castration en deux catégories : 1° ceux dans lesquels il n'y a pas d'hypertrophie utérine et pas d'augmentation de la cavité de l'utérus ; 2° ceux où il y a hypertrophie des parois de l'organe avec augmentation de sa cavité. La 1re catégorie de ces cas ne réclame pas, à son avis, la castration ; elle n'est indiquée que lorsqu'il y a hypertrophie du corps utérin. — La castration amène la diminution des accidents par l'établissement d'une ménopause précoce, par l'atrophie du tissu utérin, mais n'agit pas sur le tissu fibreux lui-même.

Dans le *gigantisme utérin*, les parois de l'utérus étant hypertrophiées et sa cavité très augmentée, quand il y a période menstruelle, le sang s'écoule en abondance et l'hémorrhagie peut être grave. Quand il en est ainsi, on pratique la castration et cette opération donne de bons résultats. L'hémorrhagie cesse et l'utérus diminue de volume. S'il y a dans l'utérus un corps fibreux, d'après M. Polaillon, on ne devrait pas faire l'oophorectomie. En effet, il cite un cas dans lequel cette opération amena le sphacèle de la tumeur et la mort de l'opérée. La castration devrait être réservée au gigantisme utérin. Toutefois on peut l'essayer et la faire si elle est aisée, dans les cas de fibromes. A la moindre difficulté, on doit recourir à l'hystérectomie, qui est moins dangereuse. On peut laisser dans le pédicule une portion de la tumeur, cela n'a pas d'inconvénient. Cette partie se sphacèle et sort au-dessous du pédicule lui-même. Il a vu ce fait se produire deux fois. Dans l'hystrectomie, on ouvre presque toujours la cavité utérine ; ceci n'est pas non plus à redouter ; la cavité s'obture grâce à une cicatrisation consécutive.

M. Bouilly fait remarquer que l'oophorectomie et l'hystérectomie sont deux opérations à indications bien différentes. La castration s'adresse aux accidents qui surviennent lors de fibromes utérins peu volumineux ; elle supprime les hémorrhagies et arrête le développement de la tumeur. Pour les gros fibromes, il n'y a que l'hystérectomie abdominale à employer ou bien il faut laisser les malades tranquilles. Le diagnostic d'utérus gigantea est très difficile à faire, d'autant plus que souvent la présence d'un fibrome suffit pour déterminer un agrandissement de la cavité de l'utérus. Il a opéré deux fois des utérus gigantea avec lésions des annexes. 1er cas : Jeune fille de 19 ans, présentant des métrorrhagies, et ayant un kyste de l'ovaire. Il enleva le kyste et l'autre ovaire sain. L'utérus gigantea diminua de 4 à 5 centim. en quelques semaines. 2e cas : Jeune femme ayant deux petits kystes des ovaires. Castration double. Guérison. La castration semble donc donner des résultats parfaits pour ces faits d'utérus gigantea qu'on observe surtout chez les jeunes femmes.

M. Lucas-Championnière. Il n'est pas exact de dire que la castration est uno opération grave, et ce n'est pas seulement dans les cas d'utérus gigantea qu'on doit la proposer. Non seulement c'est une bonne opération pour les fibromes accessibles par la voie abdominale, mais elle donne même des résultats pour des tumeurs fibreuses intra-utérines. Il l'a faite une fois pour un fibrome intra-utérin, trop difficile à enlever par la voie vaginale. Il n'y a pas à comparer oophorectomie et hystérectomie.

M. Terrier ajoute que l'hystérectomie est des plus graves. La grande distinction à faire, c'est celle qui concerne l'état des annexes. S'ils sont sains, l'opération d'Hégar est facile ; s'ils sont malades, elle est très difficile ordinairement, mais est moins grave cependant que dans l'hystérectomie.

M. Segond résume, avec le plus brillant succès, la dis-

cussion qui vient d'occuper pendant plusieurs séances la Société de chirurgie. Il fait ressortir les opinions des différents orateurs et montre que quelques-uns sont un peu sortis de la question en parlant de l'hysterectomie vaginale pour fibromes, du gigantisme utérin, etc. Il n'a voulu parler que des petits et des moyens fibromes utérins; il a éliminé à dessein les grosses tumeurs fibreuses attaquables soit par la voie transpéritonéale, soit par la voie vaginale. L'hystérectomie dans ces cas est toujours très grave, et pour le prouver il cite sa statistique personnelle (10 cas, 5 décès). Ensuite il montre que les dissidences portent surtout sur trois points : 1° *des détails de médecine opératoire.* A ce propos il insiste sur les ligatures atrophiantes de Terrier, puis sur la façon de faire la suture de la paroi abdominale pour empêcher la désunion secondaire et mécanique de la paroi par suite de la présence de la tumeur dans le ventre. Il n'est pas encore temps de chanter les louanges de la sutures à étages. Dans toute suture, il n'y a pas à considérer que la partie mécanique; il faut bien compter aussi, comme l'a fait remarquer M. Terrier, de la valeur anatomique et physiologique des tissus mis en présence par la suture, autrement dit tenir compte des modifications anatomo-pathologiques que présentent les parois abdominales. 2° *Valeur de la castration au point de vue thérapeutique.* Il réfute les objections de M. Tillaux. 3° *Indications opératoires.* La grande affaire, c'est la connaissance de l'état des annexes (Terrier); sont-ils sains ou malades ? Malheureusement, avant toute laparotomie, on n'en sait absolument rien. En terminant M. Segond critique la communication de M. Terrillon. En résumé, l'opération d'Hégar est bonne, et donne des résultats incontestables, mais est encore une question à l'étude, car ses indications formelles ne sont pas encore posées et il peut y avoir des difficultés opératoires très grandes.

M. MONOD présente un malade auquel il a fait l'*amputation de Gritti,* c'est-à-dire l'amputation de cuisse intra-condylienne avec suture de la rotule.

M. TUFFIER montre un petit malade dont il a suturé au fond des bourses les *testicules en ectopie inguinale.*

M. LEBEC montre une malade atteinte de *pied-bot,* traitée et guérie par l'extirpation de l'astragale et du scaphoïde, la ténotomie du jambier antérieur et du tendon d'Achille et la section de l'aponévrose plantaire.

M. DELORME présente une *pince* spéciale destinée à extraire les projectiles de petit calibre. MARCEL BAUDOUIN.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE.

39e Congrès tenu à Cincinnati les 8, 9, 10 et 11 mai 1888.

b). — Section de chirurgie et d'anatomie.

Séance du 8 mai.

PRÉSIDENCE DE M. le Dr M. LÉAN.

1.— M. LE PRÉSIDENT prononce le discours annuel : *Quelques pensées sur la chirurgie rétrospective et celle de l'avenir.* On a porté l'étude surtout du côté des antiseptiques, des anesthésiques; et de la chirurgie abdominale. On a accordé un grand crédit aux anesthésiques, qui non seulement empêchent la douleur chez le malade, mais encore diminuent la timidité de l'opérateur. On a peut être attaché une trop grand valeur aux antiseptiques, toutefois la méthode de Lister a introduit une grande propreté dans les pansements. Le chloroforme est le meilleur anesthésique ; on peut cependant en attendre un autre encore meilleur, pour l'avenir. On a décrit un instrument pour l'administration des anesthésiques. On fait actuellement, l'examen histologique des tumeurs, du pus, etc., ce qui est utile pour le diagnostic en chirurgie. L'électricité est un agent précieux ; on l'a employée une fois avec succès comme traitement du rétrécissement de l'urèthre. L'électrolyse est préférable à toutes les autres méthodes pour la guérison des nœvi. La bande d'Esmarch, la ligature au moyen de fils d'origine animale ont rendu de grands services. Les affections articulaires sont actuellement traitées par le repos, la compression et la résection. Un grand nombre d'appareils ont été inventés pour le traitement des fractures; le plâtre de Paris est considéré comme le meilleur des ingrédients utilisés à cet effet. On commence à faire exécuter des mouvements aux jointures plus tôt qu'autrefois.

La lithotomie, fera peut-être, à brève échéance, place à la lithotritie.

2.—M. le Dr HENRY HOLLINGSWORTH SMITH (de Philadelphie), présente un travail sur l'*appendice vermiculaire, ses fonctions, ses lésions pathologiques, et leur traitement.* Il définit l'appendice vermiculaire : un petit organe singulier, singulièrement situé, et sans utilité physiologique. Après une courte description anatomique de l'organe, il parle de ses anomalies et de ses maladies. Il est fort utile de faire de bonne heure un diagnostic dans celles-ci, et on ne peut souvent le faire que par exclusion. Le pronostic est toujours grave. Comme traitement l'auteur donne ordinairement au début du calomel, à des doses répétées de 0,35 centigr., jusqu'à la dose de 1 gr 30 à 2 gr. Il prescrit en même temps des injections hypodermiques de morphine. Plus tard, il emploie les purgatifs salins, et pratique la palpation abdominale pour augmenter lo péristaltisme. Si tous ces moyens ne réussissent pas, il ne reste qu'à pratiquer l'opération.

M. le Dr T.-G. MORTON (de Philadelphie) dit qu'on doit supposer une affection de l'appendice vermiforme quand on est en présence de symptômes inflammatoires du côté de la région iléo-cœcale. Il est d'avis d'opérer dans ces cas, afin de pouvoir évacuer le pus s'il existe, et d'attaquer le siège de l'affection, afin de couper court au processus suppuratif, s'il est possible.

Séance du 9 mai.

1.— M. le Dr L.-S. MARC MURTRY (de Banville) relate un cas *de typhlite avec perforation traitée par la laparotomie, avec guérison.* Le malade était un médecin, sujet à des attaques de coliques. Au bout de quelque temps, il se plaignit de douleurs dans la fosse iliaque, et en ce point on découvrit l'apparition d'une tumeur. En même temps le malade fut pris d'hémorrhagie intestinale, de vomissements, de tympanisme, et de signes de perforation intestinale. Une opération était urgente; elle fut faite. On trouva l'appendice normal, mais le cœcum présentait des points de sphacèle avec perforation, à travers laquelle s'était faite une irruption de matières fécales. On sectionna les bords des perforations, on fit une incision elliptique qui fut fermée par une suture. Le malade guérit; il était présent au Congrès. L'auteur du travail, pense que dans ces cas il faut opérer le plus tôt possible, et ne pas se fier à l'opium.

M. le Dr EDWARD AUDREWS (de Chicago) dit que le point le plus important est de savoir dans quels cas il faut opérer, et c'est là un diagnostic souvent fort difficile. On court de grands risques en opérant dans ces cas où on n'a pas le temps de se préparer à l'opération, comme dans l'ovariotomie. Dans celle-ci, la mortalité est de un sur dix. Il y a donc une faible chance de guérison dans les perforations avec irruption de matières dans la cavité péritonéale, mais le pronostic est assez bon lorsqu'il y a une simple perforation.

M. le Dr GROSS (de Philadelphie) pense que l'opération hâtive est en général ce qui vaut le mieux ; il dit que dans un cas de fièvre typhoïde, à forme ambulatoire, il opèrerait. Si on attend, le malade meurt ; si on opère, on lui donne quelque chance de guérir.

M. le Dr NELSON (de New-London) dit qu'il n'y a pas bien plus de danger à se servir du bistouri que de l'aspirateur. La ligne d'incision doit être faite au-dessus du point de la rupture.

2. — M. le Dr Charles B. PIAROSE (de Philadelphie) lit un travail sur l'*obstruction intestinale au point de vue chirurgical.* Les opérations sont, dit-il, trop souvent retardées par un traitement expectatif (opium, massage) quand il serait préférable de faire une laparotomie exploratrice. L'entérotomie ou la colotomie doivent rarement être employées ; une incision primitive médiane donne une voie plus large pour explorer la cavité abdominale. Si l'intestin est trop distendu par les gaz, on l'incisera longitudinalement, on en videra le contenu et on le refermera par une suture, On a parlé récemment de l'anastomose intestinale, à propos de l'obstruction, mais on ne peut encore la conseiller. L'auteur pense que la résection avec formation d'un anus artificiel temporaire est ce qui donne les meilleures chances de succès. Les deux bouts de l'intestin sont suturés à l'ouverture et donnent la plus grande surface possible d'absorption pour les aliments. On peut nourrir le malade

par la bouche et injecter aussi une préparation spéciale dans la portion inférieure de l'intestin. On a attaché une importance spéciale à l'irrigation continue de l'abdomen.

3. — M. le Dr Senn (de Milwankee) lit un travail sur l'*insufflation rectale au moyen de l'hydrogène comme moyen infaillible de diagnostic*. Cette insufflation est destinée à reconnaître la présence et le nombre des perforations intestinales, à la suite de plaies pénétrantes de l'abdomen. Le gaz hydrogène n'est nullement irritant et peut être injecté facilement par le rectum ; il force la valvule iléo-cœcale et pénètre dans tout l'intestin sous une pression de une à deux livres. Pour les perforations de l'estomac, il est nécessaire de faire l'insufflation par la bouche. L'auteur se sert d'un ballon d'hydrogène d'une contenance de 16 litres, il fait l'injection lentement. Il a pu sur un chien diagnostiquer les points précis et le nombre des perforations produites par un coup de pistolet tiré dans l'abdomen.

M. le Dr P. S. Connor (de Cincinnati) dit que dans les perforations aiguës de l'intestin il faut opérer rapidement.

M. le Dr Wecks (de Portland) dit que la laparotomie n'est pas nécessaire dans tous les cas, mais qu'il ne faut pas la laisser de côté, sous prétexte qu'il est trop tard.

4. — M. le Dr Marcy (do Boston) lit une note sur les *avantages en chirurgie de la suture animale perdue*. Il propose de rendre la chambre d'opérations aseptique au moyen de l'oxygène, ce qui serait, dit-il, agréable à l'opérateur et utile au malade. Il recommande l'usage du collodion iodoformé. L'avenir des sutures dépend de la stricte observance des principes antiseptiques.

Séance du 10 mai.

1. — M. le Dr Elmer Lee (de St-Louis) présente une communication sur le *traitement à sec des maladies de l'urèthre et de la vessie*. A cet effet, il présente un instrument destiné à porter des granules médicamenteux sur la partie malade. Ces granules sont composés d'un alcaloïde et de sucre de canne.

2. — M. le Dr S. Camphell (de Détroit) lit une note sur l'*électrolyse comme traitement des néoplasmes des fosses nasales et du pharynx*.

3. — M. le Dr Landis Getz (do Marshallton) présente un *cabinet chirurgical antiseptique* formé d'une sorte de tente carrée, en gaze bichlorurée sur trois côtés et au niveau du toit, le quatrième côté étant formé par la fenêtre de l'appartement. Cette fenêtre est légèrement entrouverte et l'ouverture est fermée par un morceau de bois, traversé par un tube en caoutchouc ; à l'extrémité de celui-ci est une pièce s'appliquant à la bouche et qui sert au malade et aux opérateurs à respirer un peu d'air frais. La tête et les épaules du malade sont passées à travers une ouverture soigneusement fermée, faite à la paroi de la tente opposée à la fenêtre. Les parois de la tente sont constamment imbibées de bichlorure au moyen d'un vaporisateur. L'oratour pense que dans les cas où l'appartement n'est pas aseptique, on pourra retirer de grands bénéfices de ce système !!!!

4. — M. le Dr Thomas P. Davis (de Pittsburg) lit une note sur la *dilatation graduée des rétrécissements de l'œsophage*. L'auteur a soigné par ce moyen, avec succès, plusieurs cas de rétrécissement œsophagien, dûs à la déglutition de lessive, en commençant le traitement de bonne heure. Il demande que l'on prenne des mesures afin d'empêcher l'emploi immodéré de la lessive concentrée, un grand nombre d'individus s'étant tués en avalant ce caustique.

Séance du 11 mai.

1.— M. le Dr Joseph Ransohoff (de Cincinnati) lit un travail sur le *cœcum et son appendice ; leurs rapports à l'état de santé et dans leurs maladies*. Le cœcum est, sauf de rares exceptions (2 fois sur 63), complètement entouré par le péritoine, en avant et sur les côtés. En regardant le cœcum sur ses parties postéro-latérales, on voit l'appendice se détacher à environ un pouce de la base. Il n'est pas libre, comme on le suppose ; mais, ordinairement, il repose derrière le cœcum, ce qu'on peut voir en attirant de côté celui-ci. Il se dirige en haut et à gauche, vers la rate. Dans sept cas seulement, l'auteur a trouvé l'appendice en partie situé dans le bassin. Sa longueur est de quatre pouces et son diamètre est celui d'une plume d'oie. L'appendice est rarement rectiligne. Bartholin a noté une fois son absence complète. De même que le cœcum, il est complètement entouré par le péritoine et maintenu contre la paroi abdominale; les abcès de la fosse iliaque peuvent donc être limités, et les perforations peuvent atteindre le péritoine. Chez l'homme, le cœcum aurait pour fonction l'absorption. L'appendice pourrait aussi facilement absorber et son contenu serait toujours d'une consistance très dure. Sans doute, il sert aussi à sécréter un mucus, ayant pour usage de lubréfier l'intestin.

(*A suivre*). A. Raoult.

CORRESPONDANCE

Lettre de Berlin. — Traitement des coliques hépatiques par l'huile d'olives; — de l'hypertrophie de la prostate par l'électrolyse.

Berlin, le 25 mai 1888.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je me permets d'attirer votre attention sur une communication de M. le Dr Rosenberg, qui a appliqué avec succès la méthode usitée en Amérique pour le *traitement des coliques hépatiques* (Voir *Rev. de Méd.*, 1887). On a ces derniers temps recommandé dans cette maladie l'ingestion de grandes quantités d'huile d'olives. Rosenberg a donné à une malade, qui avait des coliques hépatiques depuis 5 ans, et avait tout essayé, même d'une cure à Carlsbad, sans succès aucun, 100 grammes d'huile d'olives en une fois, le soir. Les douleurs étaient des plus violentes, avec irradiations vers les épaules et de l'hypocondrie; l'anorexie était absolue; il y avait enfin de la dyspnée et des vomissements. Le lendemain matin on trouva dans les selles des concrétions : l'une était grosse comme une lentille, les autres plus petites. Quelques jours plus tard la malade reprit 180 gr. en une fois, et perdit environ 180 concrétions grosses les unes comme des têtes d'épingle, les autres comme des noisettes. Une troisième dose expulsa 243 concrétions. Les douleurs diminuèrent alors, sans disparaître complètement. On donna encore de l'huile, et la malade prit 820 gr. d'huile d'olives en 5 doses : en tout, on trouva dans les selles 629 concrétions ; il ne faut pas oublier qu'en outre 200 calculs environ restèrent dans les selles. L'huile ne fut vomie qu'une seule fois. La vésicule, qui dépassait le rebord du foie et était grosse comme le poing, est actuellement à peine reconnaissable à la palpation (1).

Il n'y a pas lieu d'admettre une suractivité imprimée aux mouvements péristaltiques, finissant par chasser les calculs : nos confrères américains croient pouvoir expliquer l'action de l'huile par une pénétration directe du médicament dans la vésicule, avec ramollissement consécutif des concrétions. Dans le cas ci-dessus, une opération qui n'est pas sans offrir des dangers a pu être évitée par cette pratique inoffensive. Il y a en tous cas lieu de poursuivre les recherches dans cette voie.

Une des questions les plus ardues de la chirurgie, sur laquelle vos compatriotes ont déjà beaucoup écrit, est celle de *la cure radicale de l'hypertrophie de la prostate et des tumeurs de cette glande*. M. le Dr Casper a fait à ce sujet de nouvelles tentatives. Il a essayé d'obtenir par l'*électrolyse* une diminution des tumeurs. Jusqu'à ce jour, le traitement n'était que palliatif. Les auteurs les plus connus, Thompson, Guyon, Dittel et Socin se sont en général prononcés contre toute opération radicale dans les cas d'hypertrophie de la prostate. Ces auteurs reconnaissent d'autre part que les opérations palliatives sont souvent impuissantes à enrayer la maladie et à écarter les symptô-

(1) Nous avons eu l'occasion, il y a un mois environ, d'employer cette médication chez une malade qui souffrait depuis 15 jours de coliques hépatiques continuelles : une dose de 100 grammes, prise deux soirs de suite, a suffi pour faire disparaître les douleurs jusqu'à ce jour. Les selles ne furent pas conservées. Nous avons été fort étonné de la tolérance de l'estomac de la malade ; le traitement n'a occasionné ni nausées ni vomissements (*Note du traducteur*). — Chez une personne âgée de près de 50 ans, malade depuis 10 ans, nous avons employé cette méthode de traitement, aussitôt après avoir pris connaissance du travail du médecin américain qui l'a préconisée, c'est à-dire il y a plusieurs mois déjà. Depuis cette époque les crises hépatiques ont cessé, mais nous n'osons pas encore considérer cette malade comme absolument guérie. En tous cas c'est une thérapeutique à expérimenter. (Marc. B.).

mes concomitants, qui sont si sérieux. Il est certain que bien des malades restent de longues années sans présenter d'accidents sérieux et peuvent atteindre un grand âge : pour beaucoup d'autres, le cathéter est devenu indispensable, et dans les cas d'anurie absolue, cet instrument n'apporte plus aucun secours. Dans d'autres cas enfin, par suite d'une hyperesthésie de l'urèthre et de la vessie, on est obligé d'abandonner le cathétérisme ou de supprimer la sonde à demeure, si l'on veut éviter un dangereux retentissement du mal sur l'organisme tout entier. Même en prenant les soins les plus minutieux, on n'évite pas parfois la décomposition intra-vésicale de l'urine restée dans la vessie. L'anorexie, la sécheresse de la langue, la cystite purulente et la fièvre urineuse se montrent bientôt dans ce cas ; c'est pour obvier à ces dangers multiples que plusieurs auteurs ont songé à l'extirpation complète ou partelle de l'organe hypertrophié ; ont pensé que la prostate, devenue un obstacle mécanique à la miction, devait être supprimée. Pour atteindre ce but, quelques chirurgiens ont pratiqué l'incision ou l'extirpation et l'écrasement de la partie obstruante en passant par l'urèthre. D'autres ont injecté, en passait par l'ampoule rectale ou le périnée, de l'iode ou de l'acide phénique dans la prostate. D'autres ont essayé d'exciser la prostate au moyen de la galvanocaustique, en passant par l'urèthre. On a enfin attaqué la glande en passant par le rectum, au moyen de l'ignipuncture. Dans les cas de tumeurs de la prostate, on a plusieurs fois enlevé tout ou partie de l'organe atteint, par la taille hypogastrique ou périnéale. Toutes ces méthodes, dangereuses et compliquées, n'ont pu jusqu'à ce jour devenir de pratique courante ; il ne faut pas oublier que la prostate est enclavée entre l'urèthre et le rectum et ne peut être atteinte sans que l'un de ces deux organes ne soit plus ou moins lésé. Dans ces derniers temps, Thompson, Langenbeck, Benno Schmidt, ont avec raison défendu le point de vue de l'intervention active (*prostatectomie*) dans les cas urgents ; Casper est cependant d'avis, qu'avant de se décider à une lésion de l'urèthre ou du rectum, toujours pleine de dangers, il faut chercher à diminuer le volume de la prostate par d'autres moyens. Casper croit que l'électrolyse peut donner ici les résultats inespérés.

Nélaton, en 1864, fit la première communication sur la destruction des tumeurs par électrolyse ; depuis ce temps, la méthode a enregistré de nombreux succès. L'électrolyse agit de la façon suivante : les alcalis se rassemblant sur le pôle négatif, les tissus touchés sont détruits, l'hydrogène qui prend en même temps naissance disjoint les tissus et compromet leur nutrition. Le tissu est ainsi détruit dans le pourtour du pôle négatif, sans douleurs ni suppuration ; la résorption commence ensuite. La prostate peut indubitablement être détruite ou au moins diminuée par cette méthode : le tissu détruit ne pourra ici être éliminé et devra être repris par résorption.

Casper, craignant une embolie possible, a voulu, avant d'appliquer la méthode à des malades, faire quelques recherches sur des animaux. Chez 4 lapins, l'électrode négatif, recouvert jusqu'au voisinage de la pointe d'une couche de laque, fut enfoncé à travers la peau, dans un muscle ; l'électrode positif, en plateau, fut appliqué sur un point quelconque du corps. On fit des séances de 10 à 15 minutes avec un courant de 10 à 15 milliampères, et jamais on n'observa d'embolies, même plusieurs semaines après l'opération. Chez des chiens, on opéra sur le testicule ; l'électrode pointu (négatif) fut enfoncé à travers le scrotum dans le testicule. Le courant était formé par l'application du pôle positif sur la patte postérieure. En une semaine, on fit 10 séances d'électrolyse. Il y a un an que ces opérations ont été pratiquées, et l'animal se porte fort bien : il ne reste plus qu'un petit moignon du testicule droit qui a été opéré.

Ces résultats une fois acquis, Casper passa à l'application de la méthode aux malades : le malade, couché sur le dos, est d'abord soumis à un lavage du rectum avec une solution de sublimé au millième ; puis on fixe sur l'abdomen une plaque qu'on met en communication avec le pôle positif. Ensuite, l'opérateur introduit son doigt bien huilé dans l'anus, déplisse s'il y a lieu la muqueuse, et choisit bien exactement le point où devra être faite la piqure. L'aiguille, dirigée par le doigt introduit dans l'anus, est lentement poussée avec l'autre main sur le point choisi, puis brusquement enfoncée de façon à arriver dans la prostate. Puis, on fait agir un courant, qui monte peu à peu de 2 à 12 éléments, pendant 5 minutes. Ceci fait, on retire légèrement l'aiguille, puis on en modifie la direction, en restant dans le canal d'entrée, et on recommence ainsi ; chaque séance de cautérisation durera 15 minutes et s'exercera ainsi sur 3 points d'action différents ; le courant sera de 10 à 25 milliampères. La douleur est minime ; le passage du courant donne une légère sensation de cuisson dans le gland. Les séances ont atteint à intervalles différents le nombre de 20 par malade. Pour aider le traitement, on fera le cathétérisme dans les cas de parésie vésicale, en se basant sur la quantité d'urine qui reste dans la vessie. S'il y a catarrhe, on fera des lavages désinfectants avec le salol, l'acide borique, l'acide benzoïque. Si des congestions donnent lieu à des exacerbations aiguës et douloureuses, on prescrira des bains de siège chauds et des narcotiques.

Chez quatre malades atteints d'hypertrophie notable de la prostate, accompagnée de cystite chronique, de parésie vésicale et de rétention d'urine, 2 cas présentèrent une amélioration considérable, psychique et somatique ; le 3e cas fut légèrement amélioré ; mais le 4e ne fut pas modifié. Le vernis recouvrant l'aiguille étant défectueux, il se forma chez ce malade dans le cours d'une séance, une fistule vésico-rectale ; cet accident eut du reste un excellent effet ; le malade, qui était dangereusement atteint, fut sauvé de la sorte. Dans les deux premiers cas, la prostate diminua considérabement de volume, et le résidu dans le cul-de-sac vésical diminua beaucoup. Les mictions descendirent au nombre de 3 à 4 par jour ; les malades purent de nouveau dormir la nuit et ne furent plus incommodés dans la journée par de continuels besoins d'uriner. Les douleurs pendant la miction diminuèrent aussi et l'état général s'améliora sensiblement.

Il n'y a pas de danger pour l'existence du malade dans ce procédé. Les hémorrhagies, l'embolie, les inflammations, les abcès dans la prostate ou dans le rectum perforé, n'ont pas été observés. Le danger de formation d'une fistule, malgré l'accident constaté une fois, n'est pas à craindre. Dans tous les cas pas trop avancés on pourra espérer une amélioration semblable à celle décrite plus haut. Quatre groupes de cas résisteront à l'emploi de l'électrolyse. Il y a d'abord les cas où la prostate n'est pas hypertrophiée dans le sens de l'épaisseur, mais dans le sens de la largeur et de la longueur ; puis les cas où la paroi vésicale infiltrée, épaissie, s'oppose aux contractions de l'organe, ce qui donne lieu à une déplétion insuffisante continue. En second lieu, il faut citer les cas de dilatation considérable, ancienne de la vessie ; il est compréhensible qu'alors, même la prostate une fois détruite, la vessie a perdu toute espèce de contractilité. En troisième lieu, on n'opérera pas les cas d'hypertrophie concentrique ; la paroi vésicale est alors tellement épaissie que le rôle de réceptacle de l'urine ne peut plus être rempli par la vessie. En dernier lieu, il y a des cas où l'hypertrophie de la prostate est si peu accusée qu'on ne peut palper l'organe en passant par le rectum. On a alors affaire à une excroissance du col vésical, qui fait l'office de soupape : cette excroissance ne peut guère être atteinte par la voie rectale. Enfin, nous citerons comme ne devant pas être soumis au traitement les cas où l'hypertrophie prostatique n'est qu'apparente ; il y a alors déplacement de la vessie, qui est descendue dans le bassin et a perdu sa force de résistance, etc. Casper pense que dans la plupart des cas d'hypertrophie de la prostate, l'électrolyse arrivera à diminuer le volume de la glande et à combattre ainsi les conséquences de cette affection si pénible.

En dernier lieu, je me permettrai d'attirer votre attention sur un livre original, qui vous intéressera tout spécialement. C'est la *Bibliographie de l'hypnotisme moderne*, par Max Dessoir (en allemand). On y trouve un groupement très consciencieux de tous les livres et brochures sur l'hypnotisme, le mesmérisme, etc., publiés dans le monde entier sous l'impulsion de la science française. Ce livre sera des plus utiles pour les savants qui ont besoin d'être au courant de la littérature. M. Dessoir, nous promet, dans sa préface, de faire paraître de temps en temps des suites à son ouvrage, sous forme de brefs compte-rendus. Les auteurs rendraient un grand service à M. Dessoir, en lui envoyant des tirages à part de leurs communications sur l'hypnotisme.

Veuillez agréer, etc.

Dr X***.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de chirurgie d'armée; par E. Delorme. — Paris, 1888 tome I, avec 93 figures. — Alcan, éditeur.

Depuis la 2e édition du traité de blessures de guerre de Legouest, parue en 1872, aucun livre sur ce sujet n'avait été publié en France. En Allemagne au contraire, une série de traités et de travaux sur les blessures de guerre ont suivi les événements de 1870. En outre, une bibliographie spéciale à la chirurgie d'armée, publiée de l'autre côté du Rhin, reprenait tous les matériaux anciens, modernes, nouveaux, groupant déjà pour ainsi dire les chapitres tout écrits des plaies de guerre. Si une longue période de 1830 à 1870 était restée bornée au seul livre classique de Legouest, les études nouvelles d'une part, et les effets des projectiles modernes de l'autre, devaient amener l'éclosion d'un traité mettant à profit ces éléments. Notre collègue avait dès lors son plan tout tracé et il lui était impossible de s'écarter des deux divisions principales admises dans cette partie de la chirurgie, qui sont : 1° Les généralités sur les actions des armes ; 2° L'action spéciale des projectiles sur les tissus et les organes en particulier. Mais cette classification si habituelle dans tous les traités connus a été, disons le bien vite, rajeunie dans ce livre par l'historique de la chirurgie d'armée en France, et par les expériences personnelles de l'auteur sur l'action des projectiles dans les fractures des os ; sujet qu'il a étudié longuement et d'une façon absolument originale.

Dans ce premier volume de 662 pages, 373 sont consacrées à l'histoire de la chirurgie française, et 289 aux premiers chapitres des blessures de guerre. C'est dire l'importance que M. Delorme a donnée à l'histoire de la chirurgie d'armée dans notre pays. Jamais ce travail n'avait été tenté avec tant de développement, et nous pouvons dire que notre collègue a donné tous ses soins à ce tableau qui lui inspirait une véritable dévotion. On sent qu'il a mis dans ces pages le respect presque religieux que tous les chirurgiens militaires, aimant leur carrière, professent pour les précurseurs et les descendants d'Ambroise Paré. En ce point il rencontrera de nombreux approbateurs. Et de plus n'est-il pas utile d'apprendre aux jeunes chirurgiens de nos écoles ce qu'étaient leurs ancêtres, leurs noms d'abord, puis leurs travaux et leur valeur? Depuis Malgaigne et Daremberg, à part quelques rares leçons publiées à la Faculté de médecine et le livre récent sur Méry, qui donc s'occupe de faire revivre la mémoire de nos grands chirurgiens militaires français? On dirait que le microscope et les microbes absorbent tout le temps des travailleurs. Loin de nous l'idée de médire de ces sérieuses études, qui sont l'avenir de la médecine, mais n'existe-t-il donc pas une place dans notre cerveau pour le souvenir, et dans notre cœur pour ceux qui s'appelaient Chauliac, Paré, de Planis, Verdier, Petit, etc., pour ces grandes figures de la Société royale de chirurgie, qui, sombrant un moment dans la Révolution, reparaissent avec Larrey, Percy, Desgenettes et leurs successeurs.

Que notre collègue ait peut-être donné à cette historique une longueur qu'il devra pondérer par la suite de son ouvrage : c'est à lui d'en régler les proportions dans la fin de son œuvre. Mais tel qu'il est, nous avons là, un chapitre que les chirurgiens, amis de l'histoire, parcourront d'une main fébrile, et avec l'intérêt d'une curiosité toujours satisfaite, grâce à l'extrême vérité des citations.

M. Delorme a divisé l'histoire de la chirurgie française d'armée en six périodes. La première commence aux précurseurs de Paré pour s'arrêter à la fin du XVIe siècle, c'est-à-dire jusqu'à et y compris la période de Henri IV. Le premier livre de chirurgie d'armée fut imprimé à Strasbourg, en 1527 : J. de Gersdorf, véritable chirurgien de siège et de bataille, expose sa pratique des plaies d'arquebuses. Les allemands n'ont pas manqué de revendiquer Gersdorf. Mais Jean de Vigo fit imprimer son livre de chirurgie à Lyon, en français en 1516, avant celui de Gersdorf. Pourquoi donc notre collègue oublie-t-il le livre de Guy de Chauliac; *Cauliacus*, guide de la pratique en chirurgie, qui fut imprimé à Lyon, chez Barthelemy Dayer, le 28 mars 1478, le Lanfrancus qui fut imprimé à Vienne (Dauphiné), en 1480. Ces premières pages de chirurgie française étaient donc de près de 50 ans antérieures à celles de Gersdorf, et il est bon de dire que Lanfranc avait assisté en Italie à toutes les querelles des Guelfes et des Gibelins. Il est certain que le plus ancien manuscrit de chirurgie est celui de Chauliac aujourd'hui à la bibliothèque des Papes dont il fut longtemps le médecin.

Après Ambroise Paré, l'auteur analyse avec soin les idées émises sur les plaies par coups de feu dans les livres de Goddin d'Arras (1553), de le Botal (1560), de Paulinier (de Caen) 1569, de L. Joubert (1570), de Martel et Daugaron, de Quercétanus (1576), Poget, Lelièvre(1583). A l'étranger à cette époque Vigo, Ferri, Rota, Maggi, Vesale, Wurtz, Arceus, formaient une phalange d'hommes habitués au traitement des blessures de guerre. Guardia nous a donné, il y a quelques années, quand il était bibliothécaire de l'Académie, quelques pages bien précieuses sur Vésale et les chirurgiens espagnols de cette époque. Nous nous souvenons avoir lu dans son livre une observation étonnante sur une plaie de tête du fils du Roi. La chirurgie espagnole, qui était en discorde avec le jeune Vésale (lequel avait alors 30 ans), possédait déjà à cette époque des notions précises et bien justes sur le trépan et les plaies des os.

La deuxième période, celle du XVIIe siècle, nous prépare à la formation de la société Royale : Planis de Campi, Verduc, Belloste, sont les précurseurs de J. L. Petit (1674-1750).

Mais la grande époque de la chirurgie d'armée fut celle des guerres de Louis XIV. Cette époque revit avec éclat dans ces beaux volumes à gravures qui s'appellent les Mémoires, et les prix de la Société Royale de chirurgie. *Omnibus ardens! Nec pluribus impar* ! belle devise que la Société a su toujours justifier.

C'est dans le XVIIIe siècle que la chirurgie militaire fut réellement fondée aux armées. Que de difficultés, à vaincre par les pauvres barbiers pour s'installer dans les communs de l'église St-Côme et St-Damien (à l'angle de la rue Racine et de l'école de Médecine actuelle), puis dans leur amphithéâtre, semblable à celui des médecins (placé rue de la Bucherie), qu'ils firent bâtir pour eux entre St-Côme et le couvent des Cordeliers (actuellement l'Ecole de dessin). Il avait fallu pour les sauver, l'intervention directe de Louis XIII, s'inscrivant en tête de leur registre, et se déclarant chirurgien, parce que né le jour de St-Côme, il avait dû prendre ce saint pour patron.

Sous Louis XIV, apparaissent les premiers chirurgiens inspecteurs des camps et des armées du Roi, dont nous retrouvons la liste sur les annuaires ou états de la France les plus reculés. Cette époque fut celle des Ledran, Desport, Lamartinière, Lapeyronie, Quesnay, Morand, Pibrac, etc. En 1767, Hautsrer fondait le Recueil d'observations de médecine des Hôpitaux militaires, qui vit encore sous le nom d'Archives de médecine militaire. M. Delorme nous conduit ainsi jusqu'aux chirurgiens militaires de nos jours, en passant par les guerres du premier Empire, l'Afrique, la Crimée, l'Italie, le Mexique. Il n'a pas craint d'aborder l'actualité, c'est-à-dire la guerre de 1870, avec les hommes encore vivants qui ont assisté aux tristes épisodes de Frescheviller, Metz, Strasbourg, la Loire, etc ; puis, résumant l'état de la chirurgie dans cette longue énumération, montrant nos défauts, nos désiderata, il conclut à une organisation nouvelle. On ne peut nier à l'auteur une grande attention pour se rendre compte des faits qu'il veut juger, une scrupuleuse patience d'examen et aussi la plus grande indépendance de jugement : le lecteur ne sera peut-être pas toujours de son avis ; mais avec des arguments aussi sérieux la discussion est permise. La nouveauté de l'analyse appliquée aux contemporains n'est pas sans étonner ; elle est acceptable sous cette forme franche, hardie, mais toujours loyale. Que M. Delorme nous permette de lui exprimer un désideratum qui s'adresse également à l'éditeur. Aujourd'hui nous aimons à nous représenter les choses de visu ; les petits livres mis entre les mains des jeunes lycéens et qui traitent de l'archéologie de la Grèce leur donnent des figures exactes des monnaies, des représentations de médailles, pour Alexandre, Philippe et l'Acropole. Pourquoi donc n'avoir pas joint à ces belles pages sur Paré (nous avions écrit Pitard et Vavasseur, mais l'auteur ne les cite pas), Quercétanus, Planis de Campi, Petit, Verduc, pourquoi n'avoir pas donné les portraits de Chardin, Cochin, Daullé, Masson, de ces graveurs et dessinateurs illustres, qui

ont eu soin de nous conserver les images de nos ancêtres en chirurgie. C'est avis pour la 2e édition, qui devra comprendre quelques exemplaires de luxe.

La deuxième partie du livre entre dans le sujet réel et concerne les blessures de guerre. C'est d'abord la description des armes à feu ; fusils anciens et nouveaux, canons, etc., avec les données sur le trajet des projectiles, les modes de pénétration, les trajectoires.

Les blessures par balles ont un caractère spécial,et le chirurgien doit connaître la forme des blessures à toute distance, avec ou sans déformation. L'auteur passe en revue les différentes théories de l'empoisonnement, de la brûlure des tissus, de l'action de l'air, la théorie hydraulique et de la contusion dans le mode d'action des balles sur les tissus. C'est au Val-de-Grâce que M. Delorme a pu, en réduisant les charges suivant une proportion mathématique, étudier sur le sujet les différents effets des projectiles sur les chairs et les os. L'auteur a enrichi le Musée de l'école du Val-de-Grâce, d'une série de pièces, sur les fractures, qui rendent d'une évidence presque brutale, toutes les indications des amputations et des résections après les coups de feu des os. Malheureusement tout ce travail fait avec les grosses balles est à confirmer avec les petits projectiles de 7 millimètres. Mais la méthode a donné des résultats si parfaits, si précis que sans nul doute nous pouvons établir des règles nouvelles, s'il y a lieu, pour l'action des nouveaux projectiles. Les derniers chapitres sont consacrés aux lésions des vaisseaux et des nerfs, aux hémorrhagies, au choc et au tétanos. Un dernier chapitre sur le mode de pansements des plaies traite peut-être trop sommairement cette question si grave du paquet du soldat, qui n'est pas du reste encore jugée dans notre armée.

Un livre de cette importance ne peut guère s'analyser : il a coûté à son auteur une somme de travail colossale, des recherches longues et méticuleuses dans les bibliothèques, aux archives de la guerre ; c'est pour le constituer que M. Delorme avait, depuis plusieurs années, institué avec l'autorisation du Directeur de l'école, M. l'Inspecteur Perrin, des expériences autorisées par le Ministre, avec des cartouches à charge réduite. Nos collègues de l'armée, chirurgiens de l'active ou de la territoriale, trouveront dans ce traité le résumé de toute la science moderne sur la chirurgie de guerre. C'est une œuvre de premier ordre dont la place est marquée dans la bibliothèque de tout chirurgien français. Il fait grand honneur à l'école du Val-de-Grâce. F. PONCET.

Practical Lessons in Nursing. — Philadelphie, 1887, 1888. J.-B. Lippincott and Company, édit.

Ces leçons pratiques sur l'art de soigner des malades se composent actuellement de quatre petits volumes in-12 portatifs, agrémentés de figures et munis de tables alphabétiques des matières. Ils sont écrits par de hautes notabilités médicales qui ne dédaignent pas, en Amérique, de professer en personne aux Infirmiers et infirmières. Leur plus grand défaut à notre sens est d'être un peu trop complets. Ils se composent : d'un manuel à l'usage des infirmières auprès des névropathes et des aliénés (*The nursing and Care of the Nervous and the Insane*) ; — d'un exposé élémentaire des principes qui doivent présider à l'établissement du régime dans les maladies et au point de vue de l'hygiène (*Outlines for the Management of diet..., of health and the treatment of disease*) ; — d'un résumé propre à l'observation et au traitement des maladies fébriles (*Fever Nursing designed for the use of professional and other Nurses....*) ; — enfin du tableau minutieux des soins qu'exigent les femmes grosses, les nouveau-nés et l'enfance à l'état de santé et de maladie (*Maternity, infancy, childhood, hygiene of pregnancy : Nursing and Weaning of infants ; care of children in health and disease*). Ces divers petits livres sont dûs respectivement à la plume de M. le professeur Charles K. Mills, l'assistant Edward Tunis Bruen, le Dr J.-C. Wilson, le professeur John M. Keating. Nous ne pouvons passer en revue les matières qui y sont traitées et qui sont au fond les mêmes que celles du *Manuel des Infirmières* de M. Bourneville. Nous insisterons simplement sur ce fait, qu'ils abondent en détails techniques. Il a notamment paru bon à M. Mills de s'étendre sur la pratique du massage, du pétrissage et l'instrumentation électrothérapique. La raison en est que le personnel dont il dispose ou veut disposer se plie, de par son instruction première, à l'intelligence des méthodes envisagées ici et des théories physiologiques ou physiques, et que, par suite, il est plus apte à fournir sur les malades au médecin les renseignements en rapport avec les indications et contre-indications thérapeutiques de différents genres, voire à exécuter lui-même les prescriptions. L'enseignement nosographique est conçu sur le même plan. On ne dédaigne pas de décrire les principales modalités morbides afin que l'infirmière sache en saisir les symptômes au passage. Ce qui fait de cette œuvre, en même temps, un manuel de médecine des familles. Nous ne pouvons résister à la tentation de choisir nos exemples dans la partie consacrée à la grossesse, aux nouveau-nés, aux enfants. Signalons en particulier : le calcul de la date probable de l'accouchement, les causes des fausses couches, l'étude du sevrage, le régime à l'époque de la première dentition, des affections de la première enfance, des soins qu'exige la seconde dentition, des préceptes concernant la puberté y compris la surveillance morale bien entendue par le système des confidences.....

En résumé nos confrères américains ont cru qu'ils inspireraient le dévouement par l'intérêt qui s'attache à la science, et ont visé à meubler l'esprit de leurs infirmiers et de leurs infirmières. Tel est le souffle qui s'exhale des *Practical lessons*. Ils ont pensé que, pour réussir, il fallait montrer l'édifice autrement que par son ossature, qu'il n'y avait aucun inconvénient à en détailler, en un style clair et aisé à comprendre, les pièces les plus importantes, afin que la besogne matérielle apparût dans son véritable jour : un service parfois pénible, mais dont le plus minime travail aboutit à un résultat intelligent. Ainsi le mécanicien qui se salit pour oindre et nettoyer la machine qu'on lui a confiée, accomplit une série d'opérations qui lui paraissent moins ingrates parce qu'il en connait les raisons par le menu. P. KÉRAVAL.

Le pansement antiseptique. Manuel pratique ; par J. DE NUSSBAUM (de Munich), trad. par le Dr E. de la HARPE (de Lausanne). — J.-B. Baillière, éditeur. — Paris, 1888.

Ce livre est la seconde édition française, traduite sur la cinquième édition allemande. L'ouvrage s'est considérablement accru, par suite de l'agrandissement incessant du domaine de l'antisepsie. La première partie est un plaidoyer pour le pansement antiseptique, défendu par les théories modernes, devant les objections que posent encore certains chirurgiens. L'auteur nous donne comme exemple concluant vingt-huit gastrostomies faites depuis Sédillot, avec mort par péritonite septique, jusqu'en 1876, époque où Verneuil eut un succès en employant la méthode antiseptique. Il énumère ensuite les différentes théories soutenues sur l'infection et la pyohémie, enfin donne une description rapide des complications accidentelles des plaies. Là commence l'exposition des principes de l'antisepsie, c'est-à-dire la protection de la plaie contre l'infection, par l'air et par le contact ; contre la première par le *spray*, dont Nussbaum est un vigoureux défenseur, et contre la seconde par le lavage, et la désinfection des mains et instruments. « La désinfection des mains, dit-il est le point le plus important de toute la méthode antiseptique » ; et combien de chirurgiens, oublient encore ce principe ! La confection du pansement aseptique et antiseptique est traitée avec grand soin ; le premier serait certainement le désideratum du chirurgien ; mais les difficultés, ainsi que les dépenses qu'il occasionne, font accepter surtout le second. Du reste, quelqu'il soit, on doit assurer les conditions suivantes : « repos, position élevée, protection contre l'infection, écoulement facile des liquides ». Avec ces précautions, quels résultats ne peut-on pas espérer ? Aussi, dit Dunzel : « celui qui n'a pas de plaisir à pratiquer la méthode antiseptique est un malhonnête homme ». L'auteur énumère ensuite par ordre alphabétique tous les antiseptiques employés jusqu'ici, en décrivant leurs qualités et inconvénients. Il préfère l'acide phénique au sublimé et à l'iodoforme. Il décrit ensuite les divers pansements humides et secs, puis le bain continu, et le pansement ouvert, absolu ou mitigé. Il expose les difficultés de l'antisepsie dans la chirurgie de guerre ; toutefois, on peut y arriver, en : « fermant vite la plaie et sans la sonder, en la touchant le moins

possible et en la recouvrant d'un antiseptique énergique et qui dure longtemps. » Il faut proscrire la charpie, qui d'après Nussbaum « est bannie aujourd'hui de tout le monde civilisé;» mais qu'on retrouve cependant en approvisionnements considérables dans les magasins du service de santé, en France. L'ouvrage se termine par l'antisepsie à la campagne, et de nombreux exemples d'opérations antiseptiques. Ce livre est intéressant à consulter, afin de bien se remémorer les principes de l'*antisepsie*. A. RAOULT.

Des micro-organismes de la salive; par le Dr BIONDI. (*Zeitschrift für Hygiene*, II. Bd., 1887).

La salive humaine a des propriétés toxiques qu'il est facile de mettre en évidence en injectant 1/2 à 2 c. de salive à des souris, des lapins et des cobayes. Le Dr Biondi a recherché les microorganismes pathogènes de la salive; il a isolé 5 espèces, distinctes par les caractères morphologiques, biologiques et par les symptômes et les lésions qu'elles déterminent chez les animaux inoculés. Ce sont :

1° *Bacillus salivarius septicus* ; 2° *Coccus salivarius septicus*; 3° *Micrococcus tetragenus*; 4° *Streptococcus septo-pyoemicus* ; 5° *Staphylococcus salivarius pyogenes*.

Le Bacille salivaire septique a été plus particulièrement l'objet des études de l'auteur; on le trouve plus fréquemment que les autres (20 0/0 des cas); il est surtout abondant le matin, la salive est alors légèrement acide et plus toxique. Ces bacilles sont courts, elliptiques, ont une longueur de 1 μ à 1 μ 5 et une épaisseur de 0 μ 6 ; ils sont immobiles, groupés par 2 (diplo-bacilles), en chaînettes ou en amas, et entourés de protoplasma réfringent. Ils se développent très rapidement, chez les souris et les lapins qui meurent en 24, 48 ou 72 heures (forme aiguë de septicémie avec élévation de température, diarrhées sanguinolentes, mucosités sur les yeux, convulsions, coma) ou après une période de cachexie de 20 à 30 jours (forme subaiguë de septicémie). A l'autopsie, on constate de l'œdème et des hémorrhagies dans la région où l'injection a été faite, une injection intense des parenchymes, une rate volumineuse etc.; le sang contenu dans les cavités cardiaques est ordinairement *fluide* et *décoloré*, ce qui semble caractériser cette infection. — Dans la forme subaiguë de septicémie, il y a disparition des tissus graisseux, anémie des organes, altération du sang (plus de microorganismes, mais détritus et peu d'hématies reconnaissables). Dans la forme aiguë, on trouve une grande quantité de bacilles dans le plasma sanguin, entre les globules rouges. Ce fait semble confirmer l'opinion de Metschnikoff, que les bacilles chez les animaux non réfractaires se trouvent dans le plasma, entre les globules, alors que chez les animaux réfractaires, ils sont dans les leucocytes; mais le Dr Biondi a vu que les bacilles salivaires septiques étaient également dans le plasma, entre les globules chez les animaux réfractaires (cobayes). Les cultures ont été difficiles à obtenir : ce bacille pousse en présence ou en l'absence de l'air dans des milieux légèrement acides, sur le sérum sanguin, sur la gélatine nutritive qu'il ne fluidifie pas, dans le bouillon qu'il ne trouble pas, le lait stérilisé, etc. Il a déjà été observé par différents auteurs. Pasteur a décrit cette septicémie (maladie nouvelle provoquée par la salive d'un enfant mort de la rage et transmises de lapin à lapin). Sternberg fait de ce bacille un microroque (micrococcus Pasteurii), cependant il en ignore les caractères biologiques. Foa et Uffreduzzi font décrit un microorganisme qui paraît analogue (méningite épidémique), mais leur description est trop incomplète pour faire cette affirmation. Fränkel a trouvé dans des crachats de pneumoniques un microorganisme qui ressemble au bacille salivaire, il existe aussi dans le liquide d'exsudation de la méningite cérébro-spinale, mais ce microorganisme est pathogène pour les cobayes, il est donc différent du bacille salivaire septique.

Le *Coccus salivarius septicus* a été rencontré une seule fois dans la salive d'une femme atteinte de septicémie puerpérale. Les cobayes inoculés mouraient du 4e au 6e jour, et on trouvait dans le sang et les tissus, les cocci isolés ou en amas. Il n'existait pas trace d'inflammation autour des amas. Le coccus n'est donc pas phlogogène et il cause la mort mécaniquement ; il est facile à cultiver, et forme des colonies blanchatres ; il n'est pas encapsulé.— Le *Micrococcus tetragenus* a été trouvé 3 fois sur les 50 personnes examinées, (2 de ces personnes étaient saines, mais avaient des dents cariés, la 3e avait un érysipèle du larynx). Le micrococcus tue les souris et les cobayes du 4e au 8e jour. C'est le micrococcus trouvé par Koch dans les cavernes des tuberculeux et dont on connaît les colonies si caractéristiques.— Le *Streptococcus septo-pyoemicus* (observé chez 3 personnes, angine phlegmoneuse, 2 érysipèles du larynx) ne présente pas de caractères qui puissent le distinguer des chaînettes du streptococcus de l'érysipèle, des phlegmons, de la métrite puerpérale. Ce sont les mêmes colonies, et les mêmes résultats inconstants de l'expérimentation sur les animaux. — Le *Staphylococcus salivarius pyogenes*: Outre les 2 variétés de staphylococcus, aureus et albus qui ont causé la suppuration chez les animaux inoculés, l'auteur a découvert une autre variété de microcoques, (le staphylococcus salivarius pyogenes). Ces microcoques sont très fins, 0 μ 3 à μ 5, et toujours isolés. Cultivés sur la gélatine, ils la fluidifient beaucoup plus lentement que les staphylococcus aureus et albus ; et alors ils forment à la surface une pellicule caractéristique. Inoculés aux animaux, ils déterminent une infiltration, puis une suppuration localisée (du 6e au 7e jour) ou encore on voit la résorption se produire. L'affection a toujours été locale ; elle n'a jamais été suivie de mort. J. DAGONET.

Lehrbuch der Ohrenheilkunde; par le Dr GRUBER. Wien, libr. de Carl Gerold's Sohn, 1888.

Ce livre est une deuxième édition considérablement augmentée dans laquelle l'auteur expose l'anatomie d'une manière originale, en se basant sur l'embryologie : c'est ainsi qu'il décrit tour à tour les trois parties composant l'os temporal; puis il passe en revue l'anatomie et la physiologie des oreilles externe, moyenne et interne. De longs développements sont consacrés à l'examen du malade, au moyen de la montre, de la voix, des expériences de Weber, de Rinne, etc.; à l'examen objectif, aux divers appareils d'éclairage, spéculum, etc.; à l'étude de la rhinoscopie postérieure, à la pharyngo-rhinoscopie, au toucher, à l'auscultation, au cathétérisme, aux insufflations. L'auteur recommande son procédé qui consiste à introduire dans le nez une canule terminant une poire en caoutchouc que l'on presse au moment où le malade prononce le mot houch. Les chapitres suivants sont consacrés à la pathologie et au traitement général des maladies de l'oreille ; puis aux affections de l'oreille externe, en particulier à l'othématome, aux lésions de la peau, à l'otite circonscrite, à l'otite desquamative et à l'inflammation gangréneuse ; ensuite aux maladies du tympan, à l'ecchymose, à la rupture due à la méningite, aux tympans artificiels, aux épaississements, aux perforations de la membrane, aux tumeurs et aux corps étrangers. Puis M. Gruber passe en revue les inflammations de l'oreille moyenne; l'inflammation catarrhale, l'otite moyenne purulente, l'otite croupale et l'otite moyenne plastique, hyperplastique, hypertrophique et scléreuse ; la périostite, la carie et la nécrose de l'apophyse mastoïde. Dans les chapitres suivants il donne les différents moyens d'ouvrir cette apophyse, de perforer le tympan, de pratiquer la plicotomie, la myringectomie, la ténotomie des muscles et la désarticulation des osselets.

Après avoir étudié les polypes, il consacre un intéressant chapitre aux affections de l'oreille interne. L'anémie, l'hypérémie, l'inflammation, la maladie de Menière, les tumeurs et l'atrophie des nerfs sont tour à tour décrits. Les maladies centrales en rapport avec les affections de l'oreille : anémie cérébrale, méningite cérébro-spinale, anévrysme de l'artère basilaire, l'hydrocéphalie, les tumeurs, etc., etc., les altérations des nerfs, etc., les oreillons, le diabète, la leucémie, les névroses, l'audition colorée et la surdi-mutité font le sujet des deux derniers chapitres. Deux très belles planches coloriées accompagnent le texte. En résumé, ce livre est indispensable à ceux qui veulent étudier d'une manière approfondie les maladies de l'oreille. L'auteur est du reste l'un des premiers auristes des pays allemands. Son enseignement à l'hôpital général de Vienne est très suivi et apprécié principalement par les médecins déjà au courant des études otologiques. J. BARATOUX.

VARIA

Inauguration des ambulances urbaines.

Vendredi dernier, 1er juin, a eu lieu place de l'Opéra, l'inauguration d'un premier service de secours établi à Paris par les soins de l'*œuvre des ambulances urbaines*. C'est en 1881 que cette idée fut soumise à l'Académie de médecine par le regretté Dr Chéreau, au nom de M. le Dr Natchel qui voulait organiser à Paris un service d'ambulances urbaines analogue à celui qui existe depuis de longues années à New-York et qui rend aujourd'hui de véritables services. L'Académie nomma une commission chargée d'étudier les moyens d'établir à Paris le fonctionnement des ambulances urbaines. Cette commission se composait de MM. Larrey, Legouest, Vulpian et Chéreau. Le *Progrès médical* a énergiquement soutenu cette idée. On peut lire dans les numéros des années précédentes d'intéressants articles (1) sur cette question.

En 1884, une vigoureuse campagne fut menée par notre regretté collaborateur Blondeau qui réclamait, à Paris, une réorganisation complète des secours publics, et les projets du Dr Natchel furent soutenus au Conseil d'hygiène par MM. Dujardin-Beaumetz, Trélat, Bouchardat et Bourneville. Quelque temps après, la 8e Commission du Conseil municipal étudiant le projet de M. Natchel, nommait M. Bourneville rapporteur. Son rapport fut présenté le 27 juin 1883 et le Conseil municipal, adoptant les conclusions de la 8e Commissinn, émit le vœu « que la Ville de Paris serait divisée en circonscriptions hospitalières et qu'il serait établi, à titre d'essai, dans deux hôpitaux, des ambulances analogues à celles de New-York. Une Commission fut nommée par le Préfet de police et le Directeur de l'Assistance publique, pour régler les détails de l'organisation des ambulances urbaines. Le Conseil municipal aurait voté les fonds s'en remettant à ces administrateurs pour le soin de l'exécution. Mais depuis, par suite d'un défaut d'entente entre la Préfecture et l'Assistance, rien n'a pu être fait.

Ce n'est qu'au bout de sept ans que ce projet a pu recevoir un commencement d'exécution, grâce à la persévérance de M. Natchel qui, aidé de personnes charitables, établit une liste de souscription publique qui a permis d'établir un premier réseau à l'inauguration duquel nous avons été conviés.

Les invités ont été reçus à 2 heures dans le grand foyer de l'Opéra. Un public nombreux et brillant remplissait cette salle au fond de laquelle une estrade avait été établie. Parmi les assistants, nous avons remarqué parmi les dames patronesses de l'œuvre Mmes de Morenheim, duchesse d'Uzès, marquise de la Ferronays, marquise de la Rochefoucauld-Doudeauville, Mme Jules Simon, etc., qui avaient pris place sur l'estrade où se tenaient M. de Morenheim, ambassadeur de Russie, le baron Larrey, Alexandre Dumas, général Clinchant, Peyron, directeur de l'Assistance publique de Paris; Monod, directeur de l'Assistance publique au Ministère de l'Intérieur; Garnier, architecte de l'Opéra; Nuitter, archiviste; Lozé, préfet de police; Bezançon, chef de division à la Préfecture de police; Mourlan, chef de division à l'Assistance publique; les Drs Bergeron, Le Roy de Méricourt, Beurdeley, Léon Petit, le directeur et les internes de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

Après l'exécution brillamment enlevée de la marche de Faust par la musique de la garde républicaine qui se tenait au pied du grand escalier d'honneur, le président, M. Jules Simon a conduit au fauteuil de la présidence Mme de Morenheim, ayant à sa droite Mme de la Rochefoucauld et à sa gauche Mme d'Uzès.

Dans un excellent discours, M. Jules Simon a comparé le vieux service actuellement en vigueur, nécessitant les plus grandes difficultés pour le transport des blessés et des malades (système des brancards qu'il faut aller chercher au poste, difficulté de trouver des porteurs, etc.) avec le nouveau service dans lequel, au premier signal d'un appareil électrique, une voiture vient chercher le malade ou le blessé, amenant avec elle un médecin ou un chirurgien avec tous les instruments et objets de pansement nécessaires.

Après avoir expliqué le fonctionnement des ambulances, M. Jules Simon a adressé ses remercîments au ministre de l'intérieur, qui a accordé une subvention à l'œuvre des ambulances urbaines. Il espère que, de son côté, le Conseil municipal de Paris fera de même. Cet espoir nous paraît d'autant plus fondé que ce n'est pas la faute du Conseil si cette organisation n'a pas été faite par l'Administration elle-même. M. Jules Simon a également remercié M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, et Coulon, directeur des postes. En terminant, il s'est tourné vers l'ambassadrice de Russie qui a pris une part des plus actives à la fondation de l'œuvre et lui a dit courtoisement qu'il était sensible aux dons que pouvaient faire à la Société les ambassadeurs et les ambassadrices de toutes les nations, « mais qu'il lui était bien plus particulièrement agréable de remercier la baronne de Morenheim, qui représente une nation amie. »

A la suite de ce discours, nous avons été invité à nous rendre compte du fonctionnement des ambulances urbaines. Le réseau actuellement en exploitation part de l'hôpital Saint-Louis, où un bâtiment a été construit aux frais de l'œuvre pour recevoir les blessés. Il se compose de trois pièces à un lit et est situé près du bâtiment des bains. A côté se trouve une écurie avec remise. Le matériel se compose de trois voitures, dont une est attelée jour et nuit. Un interne pris parmi ceux de l'hôpital se tient en permanence dans le service. Il reçoit 10 francs par jour. Un téléphone est établi dans l'ambulance et communique actuellement avec 23 téléphones, établis dans 23 pharmacies, éventaillées de l'Opéra au Château-d'Eau. Un accident arrive-t-il sur la voie publique, le blessé, transporté dans une de ces pharmacies, y reçoit les premiers soins. Si l'accident est léger et que le malade puisse retourner chez lui, le pharmacien n'a rien à dire; mais si l'état du blessé est grave, il fait aussitôt jouer le téléphone communiquant avec l'hôpital. L'interne de garde monte immédiatement dans la voiture attelée et se rend à la pharmacie ou, après un premier pansement fait au blessé, il transporte ce dernier à l'hôpital où il est gardé au poste de secours jusqu'au lendemain, en attendant son admission dans les services ordinaires de la maison.

Nous avons suivi avec M. Peyron les différentes phases de ces opérations. A trois heures, M. Natchel faisait fonctionner le téléphone d'une pharmacie. Quatorze minutes après deux voitures d'ambulances venant de l'hôpital Saint-Louis étaient place de l'Opéra. Ces voitures sont de petits omnibus à un cheval. Elles portent sur leurs vitres la croix de Genève. Une cloche placée à côté du cocher et mue automatiquement par le mouvement des roues, sert de signal pour livrer passage à la voiture. Le mobilier intérieur de l'omnibus qui s'ouvre par derrière à deux battants, se compose de deux strapontins un pour l'interne et l'autre pour un infirmier. Sur le plancher est un léger brancard en osier capitonné, destiné à mettre le blessé. Près de l'interne il y a place pour deux sacs contenant les objets de pansement, trousse, iodoforme, vaseline, éther, perchlorure de fer, morphine, ergotine, sublimé, coton hydrophile, etc. Le malade, une fois placé dans la voiture, est dirigé vers l'hôpital. Un tube acoustique correspond de l'intérieur de la voiture avec le cocher. Il est destiné à accélérer ou à ralentir la marche du cheval selon les besoins.

Deux assistants figurant les blessés ont été mis sur les brancards et transportés dans les omnibus à Saint-Louis où ils sont arrivés au bout de 25 minutes. Il est évident que ce service des ambulances urbaines est appelé à rendre de grands services aux parisiens si exposés aux accidents. Nous devons savoir gré aux organisateurs de cette œuvre. Mais pourquoi, tout en laissant à ces derniers l'honneur d'en avoir été les promoteurs, le Conseil municipal de Paris n'a-t-il pas exigé l'exécution de son vote par l'Assistance publique et par la Préfecture de police? et pourquoi ne ferait-il pas établir un service généralisé à tous les quartiers de Paris? La *Société des ambulances urbaines* serait, croyons-nous, heureuse de voir la Ville de Paris et l'Assistance publique agrandir et faire prospérer une œuvre qu'elle a déjà si bien commencé. Les organisateurs et les organisatrices, nous en sommes persuadé, n'en continueraient pas moins à donner largement leurs offrandes qui, ajoutées aux sommes votées par la Municipalité, feraient marcher rapidement et étendraient à Paris tout entier un service que toutes les victimes des accidents et de la maladie sont en droit d'attendre.

ALBIN ROUSSELET.

(1) Voir *Progrès méd.* : 1884, p. 148, 193, 600 et 707; 1886, p. 522.

Révision de la loi de 1838 sur les aliénés.

Les bureaux de la Chambre des députés se sont réunis le mardi 5 juin pour nommer la Commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat, revisant la loi de 1838 sur les aliénés. Ont été nommés membres de cette commission : Barrière, Bernard, Bourneville, Cameseasse, Chevandier, Chauvel, Cochery, Ducoudray, Lesouef, Salis, Suquet. La Commission s'est réunie le 8 juin et a maintenus à titre définitif le Président et le secrétaire d'age, M. le Dr Chevandier et M. Cochery.

Exposition d'Hygiène à Paris 1888.

Nous avons déjà annoncé qu'une Exposition d'hygiène devait avoir lieu à Paris, au Palais de l'Industrie, et qu'elle ouvrirait ses portes le 20 juillet prochain. L'importance que prend cette Exposition nous engage à rappeler à tous les intéressés qu'elle a reçu l'approbation du gouvernement et que son Comité d'organisation a pour vice-président M. Georges Berger, directeur général de l'Exposition de 1889, qui a déclaré récemment dans la réunion plénière, tenue le 7 mai, que cette sorte de répétition générale de tout ce qui touche à l'hygiène était de la plus grande utilité à la veille de l'Exposition de 1889, et qu'il était fort heureux de pouvoir encourager les efforts de la direction de 1888. Parmi les membres éminents qui ont bien voulu apporter leur précieux concours à cette œuvre et qui composent la Commission d'organisation; nous devons citer notamment MM. Berthelot et baron Larrey, de l'Institut ; Drs Dujardin-Beaumetz et Ed. Bourgoin, de l'Académie de médecine ; Dr Hanriot, professeur à la Faculté de médecine ; Dr de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ; Capgrand-Mothes, président de la Chambre syndicale des pharmaciens ; Dr Richelot, Dr de l'*Union médicale* ; Dr Monin, secrétaire de la Société française d'hygiène ; Desnoix, président de la Société de pharmacie ; Dr Ferrand, de l'*Union pharmaceutique ;* Chevrier et Portes, pharmaciens ; etc. C'est notre confrère, M. Louis Bourne, directeur du journal « *le Travail* » et de la *Revue de thérapeutique*, qui a été nommé commissaire général, chargé de cette installation, et c'est dans ses bureaux, 2, rue de Provence, à Paris, que nos lecteurs, qu'une Exposition d'hygiène peut intéresser, trouveront tous les plans et les conditions d'admission.

Concours aux emplois d'élève en médecine du service de santé militaire.

Le ministre de la guerre a décidé, le 10 avril 1888, qu'un concours pour l'admission aux emplois d'élèves du service de santé militaire s'ouvrira à Alger, Amiens, Angers, Arras, Besançon, Bordeaux, Caen, Clermont-Ferrand, Dijon, Grenoble, Lille, Limoges, Lyon, Montpellier, Nancy, Nantes, Paris, Poitiers, Reims, Rennes, Rouen, Toulouse, Tours, le 8 août 1888, pour l'épreuve écrite.

Les épreuves orales auront lieu :

A Paris, le 3 septembre ; à Lille, le 7 septembre ; à Nancy, le 13 septembre ; à Lyon, le 19 septembre ; à Montpellier, le 25 septembre ; à Bordeaux, le 29 septembre.

Les candidats admis seront répartis, d'après leur choix, entre les villes ci-dessous indiquées, qui possèdent à la fois un hôpital militaire ou des salles militaires dans un hospice civil, et une Faculté de médecine mixte, ou une école de plein exercice, ou une Ecole préparatoire, savoir :

Paris, Nancy, Montpellier, Lille, Lyon, Bordeaux, Marseille, Nantes, Arras, Amiens, Rouen, Reims, Besançon, Dijon, Tours, Angers, Rennes, Limoges, Clermont-Ferrand, Grenoble, Toulouse et à Alger.

Les élèves du service de santé militaire, attachés à une ville ne possédant pas une Faculté de médecine ou une Ecole de plein exercice, devront, après leur troisième année d'études, désigner la Faculté près de laquelle ils désireront achever leurs études et résider dans la ville où celle-ci est placée.

Les étudiants ayant de quatre à seize inscriptions (pour le doctorat) sont admis à concourir.

Les candidats devront être classés, d'après le nombre de leurs inscriptions, dans l'un des groupes suivants :

1° Etudiants ayant, au minimum, quatre inscriptions, et sept au maximum ; 2° étudiants ayant, au minimum, douze inscriptions, et quinze au maximum ; 3° étudiants ayant seize inscriptions.

Nul ne peut être admis au concours, s'il n'a préalablement justifié :

1° Qu'il est français ou naturalisé ; 2° qu'il a eu au 1er janvier de l'année du concours moins de vingt-deux ans pour les élèves ayant de quatre inscriptions ; moins de vingt-trois ans pour les élèves ayant de douze à quinze inscriptions ; moins de vingt-cinq ans pour les élèves ayant seize inscriptions ; 3° qu'il est apte à servir activement dans l'armée.

Toutes les conditions qui précèdent sont de rigueur, et aucune dérogation ne pourra être autorisée pour quelque motif que ce soit.

Concours pour trois emplois de professeur agrégé à l'école d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Un concours s'ouvrira le 19 novembre 1888, à l'école du Val-de-Grâce, pour trois emplois de professeur agrégé.

Ces emplois se rapportent aux parties de l'enseignement ci-après indiquées, savoir :

Hygiène et médecine légale militaires ;

Maladies et épidémies des armées ;

Chirurgie d'armée (blessures de guerre).

Les épreuves du concours sont déterminées ainsi qu'il suit et seront exécutées conformément aux prescriptions du programme arrêté le 6 avril 1878.

CONCOURS EN CHIRURGIE.

1re épreuve.

Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée particulièrement des lésions observées aux armées.

2e épreuve.

Préparation d'une région anatomique. Description de cette région. Indication des applications de pathologie interne ou externe et de médecine opératoire qu'elle comporte.

3e épreuve.

Examen clinique de deux malades blessés, atteints : l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique ; un des deux malades sera choisi parmi les sujets atteints d'une maladie des yeux ou des oreilles ou du larynx.

4e épreuve.

Pratique de deux opérations chirurgicales, avec appréciation des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements. Application de deux bandages ou appareils.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

CONCOURS EN MÉDECINE.

1re épreuve.

Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire.

2e épreuve.

Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires.

3e épreuve.

Examen clinique de deux malades fiévreux, atteints : l'un d'une maladie aiguë, l'autre d'une affection chronique.

Leçon sur les deux cas observés.

4e épreuve.

Autopsie cadavérique, avec démonstration, s'il y a lieu, médico-légale, des lésions qu'elle révèle. Examen macroscopique et microscopique de pièces anatomiques.

Les deux premières épreuves sont éliminatoires.

Conformément à l'article 9 du décret du 22 novembre 1887, les médecins-majors de 1re et de 2e classes seront seuls admis à prendre part au concours.

Les médecins militaires, en possession de l'un de ces deux grades, qui désirent concourir, adresseront au ministre de la guerre une demande qui devra, sous peine de rejet, être revêtue de l'avis motivé de leurs chefs, y compris le directeur du service de santé.

Cette demande, qui indiquera la spécialité pour laquelle se présentera le candidat, sera transmise au ministre, par la voie hiérarchique, avant le 15 octobre 1888, terme de rigueur.

Nouveau procédé pour obtenir du vaccin.

M. Grigg, dans le *British medical Journal,* indique un nouveau procédé pour obtenir du vaccin sans ouvrir les pustules. Ce procédé consiste à faire tomber une goutte de glycérine pure au centre de la pustule, qu'on frictionne légèrement ensuite avec une pointe mousse, comme la tête d'une épingle de verre. Au bout de deux ou trois minutes, la goutte de glycérine a doublé de volume, s'étant chargée de lymphe, surtout si le bouton vaccinal est bien rempli. On peut, après s'en être servi, recommencer la petite manœuvre avec une deuxième et même une troisième goutte de glycérine. Le procédé serait aussi avantageux que simple et inoffensif, car la quantité de vaccin ainsi obtenu serait considérable, et l'auteur affirme que les résultats des vaccinations ainsi pratiquées sont aussi bons qu'on peut le désirer. (*Revue scientifique*).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 11. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Potain, Raymond, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Lannelongue, Pinard, Reclus; — (2e partie) (1re *Serie,* : MM. Damaschino, Chauffard, Brissaud ; — (2e *Série*) : MM. Fournier, Landouzy, Déjérine.

MARDI 12. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Joffroy. — 3e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) : MM. Panas, Polaillon, May-

grier; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Cornil, Hutinel; — (2e *Série*) : MM. G. Sée, Fernet, Troisier.

Mercredi 13. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Damaschino, Landouzy Chauffard. — 4e *de Doctorat*: MM. Hayem, Raymond, Déjérine.

Jeudi 14. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Jaccoud, Dieulafoy, Joffroy. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Legroux, Hanot.

Vendredi 15. — 3e *de Doctorat* (2e partie): MM. Fournier, Ollivier, Déjérine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Segond ; — (2e partie) (2e *Série* : MM. Delens, Pinard, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Landouzy, Brissaud.

Samedi 16. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) : MM. Richet, Charpentier, Brun ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Legroux, Hutinel ; — (2e *Série*) : MM. Dieulafoy, Fernet, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 13. — M. Martin (Noël). Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire. — M. Ballière. Recherches expérimentales sur la mort par hyperthermie et sur l'action combinée du chloral et de la chaleur. — M. Degail. Des hémorrhagies intestinales des tuberculeux. — M. Duval. Etude sur 22 cas de subinvolution utérine. — *Jeudi* 14. — M Leplat. Cancer pleuro-pulmonaire (au point de vue clinique et anatomo-pathologique). — M. Arnaud Léon. Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme.

Enseignement médical libre.

Hôtel-Dieu. *Clinique des Maladies des femmes.* — M. Dumontpallier commencera son cours le samedi 9 juin 1888, à 9 heures et demie et le continuera les samedis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie. — Les lundis et vendredis, consultations avec examen au spéculum.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Emile BÉGIN.

M. le Dr Emile Bégin, médecin et littérateur, vient de mourir à l'âge de 85 ans. Né à Metz en 1803, il étudia d'abord à la Faculté de médecine de Strasbourg, après s'être destiné à l'Ecole polytechnique.

En 1828, il fut reçu docteur à Strasbourg. Sa thèse indique déjà à quels genres de travaux il devait se livrer plus tard; elle a pour titre : *Influence des travaux intellectuels sur le système physique et moral de l'homme.*

Il appartint d'abord au corps de santé militaire, fut attaché pendant la guerre d'Espagne à l'hôpital de Barcelone ; puis se fixa dans sa ville natale, où il fonda en 1830 un journal hebdomadaire, l'*Indicateur de l'Est.*

Bientôt il abandonna la médecine et vint en 1850 à Paris comme publiciste. Il écrivit d'abord au *National;* mais, dès 1832, il se livrait déjà à l'histoire et à la littérature. En 1870, il fut nommé bibliothécaire du Louvre, et, après la commune, passa à la bibliothèque nationale où il resta jusqu'en 1888. Il était chevalier de la Légion d'honneur depuis 1871, membre de nombreuses sociétés de province ; il fit partie de la commission des monuments historiques de la Moselle, de la commission chargée de publier la correspondance de Napoléon Ier, etc. Pendant la guerre de 1870, il remplit les fonctions de médecin divisionnaire.

On lui doit une foule de travaux curieux. Voici les deux principaux qui intéressent la médecine : *Lettres sur l'histoire médicale du Nord-Est de la France*, 1840 ; — et une notice sur *Ambroise Paré,* dit la *France médicale.* — Citons encore : *Histoire des sciences, des lettres et des arts dans le pays Messin*, 1832 ; — *Connaissance physique et morale de l'homme* ; — *Essais d'histoire locale;* — Voyages pittoresques en Europe, etc.

M. B.

FORMULES

IX. Mixture dentaire (Guild).

IX. Collodion riciné . . . . } àà P. E.
Acide phénique crist. . . . . }
M. S. A.

On l'introduit avec un stylet mousse au fond de la cavité de la dent; la douleur disparaitrait instantanément si le nerf est à nu.

NOUVELLES

Natalité a Paris. — Du dimanche 27 mai 1888 au samedi 2 juin 1888, les naissances ont été au nombre de 1138, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 424 ; illégitimes, 176. Total. 600. — *Sexe féminin :* légitimes, 384 ; illégitimes, 154. Total, 538.

Mortalité a Paris. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 27 mai 1887 au samedi 2 juin 1888, les décès ont été au nombre de 955, savoir : 537 hommes et 418 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 5. T. 10. — Variole : M. 3, F. 3, T. 6. — Rougeole : M. 14, F. 9. T. 23. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 2, F. 3. T. 5. — Diphthérie, Croup : M. 21 F. 16, T. 37. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 108, F. 66. T. 174. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 13. T. 33. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 7. T. 9. — Tumeurs malignes : M. 19, F. 29. T. 48. — Méningite simple : M. 23, F. 16. T. 39. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 32, F. 15. T. 47. — Paralysie : M. 1, F. 3 T. 4. — Ramollissement cérébral : M. 11, F. 4. T. 15. — Maladies organiques du cœur : M. 29, F. 32. T. 61. — Bronchite aiguë : M. 14, F. 9. T. 23. — Bronchite chronique : M. 17, F. 10. T. 27. — Broncho-Pneumonie : M. 7, F. 14. T. 21. — Pneumonie M. 19. F. 25. T. 44. — Gastro-entérite, biberon : M. 28, F. 16. T. 44. — Gastro-entérite, sein : M. 14, F. 7. T. 21 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1. T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 4. T. 4. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 11, F. 12, T. 23. — Sénilité : M. 6, F. 20. T 26. — Suicides : M. 13, F. 6 T. 19. — Autres morts violentes . M. 9. F. 3. T. 12. — Autres causes de mort : M. 98 F. 61. T. 159. — Causes restées inconnues : M. 5. F. 3. T. 8.

Morts-nés et morts avant leur inscription : 63, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 27, illégitimes, 10. Total : 37 — *Sexe féminin :* légitimes, 15; illégitimes, 11. Total : 26.

Faculté de médecine de Paris. — M. Drouin, bachelier ès lettres et ès sciences, est nommé préparateur du cours de chimie, en remplacement de M. Fauconnier, appelé à d'autres fonctions.

Concours du Prosectorat. — Lundi 4 juin a eu lieu l'ouverture du concours du Prosectorat. Tous les juges étaient présents. M. Guyon a fait l'appel des candidats. M. Récamier a adressé une lettre de désistement. M. Regnauld n'a pas répondu à l'appel et M. Rieffel s'est retiré pendant la composition écrite. M. le président tire l'ordre dans lequel on lira les compositions. Cet ordre est le suivant : MM. Delbet, Legueu, Chevalier, Sebileau, Lyot, Potherat, Jonesco, Thierry. Le sujet de la composition était : *Iris* (anatomie et physiologie) ; — *Plaies et hernies traumatiques de l'iris.* — Les séances de lecture auront lieu les mardi 16 et jeudi 18 juin, à 9 heures du matin.

Concours de l'adjuvat d'anatomie. — Lundi prochain, à midi, aura lieu l'ouverture du concours de l'adjuvat d'anatomie. Juges : MM. Le Fort, Lannelongue, Farabeuf, Poirier, Quénu ; — Suppléants : MM. Panas, Jalaguier.

Faculté de médecine et de pharmacie de Lille. — M. Hacot, bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est chargé, du 1er avril au 31 octobre 1888, des fonctions d'aide préparateur des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie à ladite Faculté, en remplacement de M. Thiéry, démissionnaire.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Angelot est délégué dans les fonctions de préparateur de chimie appliquée à l'agriculture et à l'industrie, en remplacement de M. Quarré, démissionnaire.

Ecole de médecine et de pharmacie de Tours. — Les épreuves du concours d'anatomie et de physiologie pour l'Ecole de médecine et de pharmacie de Tours ont eu lieu comme ci-après. Vendredi, composition écrite ; le sujet de cette composition était : *Contraction et contractilité musculaire.* La lecture a été faite le samedi, à 9 h. du matin. A midi 1/2, le candidat a été mis en loge pour l'épreuve de trois quarts d'heure, après trois heures de préparation ; le sujet de cette leçon était : *La moelle épinière.* Le lundi, à 10 heures, le candidat a été mis en loge pour faire une préparation d'anatomie et d'histologie. Anatomie : *Région inguino-crurale* (anatomie). Histologie. *Cartilages hyalin, réticulé, fibreux.* — A trois heures, le jury s'est réuni pour entendre l'exposé de ces préparations ; il est entré ensuite en délibération, et à l'unanimité il n'a pas été fait de nomination.

Association amicale des internes et anciens internes en médecine des asiles de la Seine. *Convocation urgente.* — L'Assemblée générale des internes et anciens internes en médecine des asiles de la Seine est convoquée pour le samedi 9 juin à l'asile Sainte-Anne (salle des cours de l'admission), à 3 heures précises. — *Ordre du jour* : 1° Rapport de la Commission chargée de l'élaboration des statuts. 2° Discussion du rapport et des statuts. 3° Adoption définitive des statuts. 4° Election d'un comité définitif d'administration. 5° Propositions diverses.

Bureaux de Bienfaisance. — L'Administration de l'Assistance publique vient de publier dans sa statistique, selon l'usage, des renseignements sur la population indigente de Paris. Ces renseignements portent sur le recensement opéré en 1886 et sont fort curieux. Sur 51,600 ménages inscrits au contrôle des bureaux de bienfaisance, on compte 2,739 ménages d'étrangers, comprenant plus de 7,000 personnes. Sur 100 chefs de ménage d'origine étrangère, 27.31 sont Allemands ; les Anglais ne figurent dans cette statistique que pour 0.95, les Autrichiens pour 1.79, les Espagnols pour 1.06, les Hollandais pour 6.97, les Italiens pour 7.12, les Russes pour 3.36, les Suisses pour 5.44, les Roumains, Serbes et Bulgares pour 1.31. Sur 1,000 étrangers inscrits au contrôle des bureaux de bienfaisance, 273 sont Allemands, et l'on ne compte que 10 Anglais, 18 Autrichiens, 11 Espagnols, 70 Hollandais, 71 Italiens, 33 Russes, 54 Suédois ; les Belges seuls figurent pour un chiffre supérieur à celui des Allemands.

Comité consultatif d'hygiène publique de France. — Le comité consultatif d'hygiène publique de France a tenu séance le 28 mai 1888, sous la présidence de M. Brouardel.

M. Pouchet a donné lecture du rapport qu'il a préparé, de concert avec M. le docteur Brouardel, au sujet de la consommation de l'alcool dans ses rapports avec l'hygiène, à la suite de la communication faite au comité du travail, présenté par la commission d'enquête du Sénat, sur la consommation de l'alcool. Les rapporteurs concluent que les mesures nécessaires, au point de vue de l'hygiène publique, pour remédier à l'envahissement de l'alcoolisme, peuvent se résumer ainsi : 1° Diminuer autant que possible la consommation de l'alcool ; 2° Assurer par tous les moyens la pureté des liquides alcooliques livrés à la consommation ; 3° Les connaissances actuelles permettent de condamner quelques-unes des substances contenues dans les alcools ; il faut les proscrire. Toutefois, les connaissances en cette matière sont encore trop incomplètes pour qu'il soit possible de donner la liste de toutes les substances nuisibles ; 4° Des recherches longtemps continuées, méthodiquement conduites, en utilisant toutes les ressources de la chimie, de la physiologie et de l'observation clinique, sont nécessaires pour éluder un grand nombre de points encore obscurs dans la question de l'alcoolisme. Ces conclusions ont été adoptées par le comité.

Conseil supérieur de l'instruction publique. — Par décret en date du 30 mai sont nommés pour quatre ans membres de la section permanente : MM. Accarias, inspecteur général honoraire de l'enseignement supérieur ; Berthelot, membre de l'Institut; Brouardel, membre de l'Académie de Médecine ; Drumel, doyen de la Faculté de droit de Lille ; Janet, membre de l'Institut ; Rabier, agrégé de philosophie, professeur au lycée Charlemagne. Sont nommés pour quatre ans membres du conseil supérieur de l'instruction publique, les membres de l'enseignement libre dont les noms suivent : MM. Boutmy, membre de l'Institut ; Godart, directeur de l'école Monge, à Paris ; Rieder, directeur de l'Ecole alsacienne, à Paris. Sont nommés pour l'année 1888, vice-président du Conseil de l'instruction publique : M. Berthelot, membre du Conseil ; secrétaire : M. Liard, membre du Conseil.

Congrès d'hydrologie de 1889. — Un congrès international d'hydrologie, de climatologie se tiendra à Paris en 1889. Un comité est chargé de préparer les questions qui devront être soumises à l'étude de cette réunion d'hydrologistes. Les membres adhérents nationaux et étrangers sont soumis à une cotisation de 12 fr. Les communications ou demandes de renseignements doivent être adressées au secrétaire général, M le Dr de Ranse, à Paris, 53, avenue Montaigne, du 1er octobre au 1er juin ; à Neris (Allier), du 1er juin au 1er octobre.

Choléra a Cachemire. — Une dépêche de Calcutta, publiée par le *Times*, annonce que le choléra a fait son apparition à Cachemire. On a déjà constaté 30 cas.

Epidemie a Mirande. — Une épidémie non encore bien définie a éclaté dans la caserne de Mirande occupée par le 4e bataillon et le dépot du 88e de ligne. Un militaire est déjà mort. Plus de cinquante autres sont atteints. La salle d'asile annexée à l'hospice a été évacuée pour faire place aux malades. La caserne est aussi évacuée. Les militaires sont cantonnés sous la tente. Toutes les mesures de précautions nécessaires ont été prises pour enrayer le mal.

Grand Concours International de Bruxelles 1888. — Le Comité de la presse, se composant de M. le baron de Haulleville, président ; MM. Delmer, Victor Hallaux, Verstraete et Lemaire, vice-présidents ; MM. Bontems et Nieter, secrétaires, se chargera à partir de ce jour du service des journaux. Il a été décidé d'accord avec le Comité exécutif qu'une salle de lecture serait établie et mise à la disposition du Comité de la presse. Le Comité a résolu de faire un appel général tant à la presse belge qu'à la presse internationale afin que pendant toute la durée de l'Exposition un abonnement gratuit soit fourni au grand Concours ; il y réunira la collection complète des journaux du monde entier. Les journalistes étrangers pourront s'y rencontrer, recueillir tous les renseignements qui peuvent les intéresser et faire, le cas échéant, leurs réclamations.

Laboratoires antirabiques. — Il existe aujourd'hui 23 laboratoires antirabiques dans le monde entier. Il y en a un peu dans tous les pays. Tous les directeurs ont étudié au laboratoire Pasteur. En Italie, on va en fonder deux nouveaux, à Bologne et à Ancône (il y a déjà trois).

Missions scientifiques. — MM. les docteurs Huchard, médecin de l'hôpital Bichat, et Schwartz, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de médecine, sont chargés d'une mission à l'effet d'étudier l'installation des laboratoires et des hôpitaux en Allemagne et en Autriche.

Muséum d'histoire naturelle de Paris. — *Cours de géologie.* — M. Stanislas Meunier, docteur ès sciences, commencera samedi prochain 9 juin, à 4 h. 1/4, dans l'Amphithéâtre de Minéralogie du Jardin des Plantes, un Cours public sur l'*histoire géologique des temps quaternaires.* — Les leçons continueront les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Revue philosophique. Sommaire du no de Juin 1888 (13e année). — Janet (Paul) : Introduction à la science philosophique.— II. De quelques définitions récentes de la philosophie. — Dunan : L'espace visuel et l'espace tactile (3e et dernier article). — G. Milhaud : La géométrie non-euclidienne et la théorie de la connaissance. — M. Vernes : Histoire et philosophie religieuses. — Analyses et comptes rendus. — Revue des périodiques étrangers. — Livres nouveaux. — Tables des matières. — *Abonnements* : Un an ; Paris, 30 fr.; départements et étranger, 33 fr.; la livraison, 3 fr.

Nominations. — MM. Cohendy, pharmacien à Clermont-Ferrand ; le Dr Verneau, préparateur au Muséum d'histoire naturelle ; Chancre, chef des bureaux de l'Académie de médecine ; Robin, docteur ès sciences ; le Dr Berger, professeur agrégé à la Faculté Paris, sont nommés officiers d'Académie.

Service militaire des étudiants en médecine. — Dans sa séance de mardi dernier, le Sénat, au cours de la première délibération sur la loi organique militaire, a voté « la réduction à un an de service en temps de paix en faveur des jeunes gens qui ont obtenu ou qui poursuivent leurs études en vue d'obtenir soit le diplôme de docteur en médecine, de pharmacien de 1re classe, de vétérinaire, ou le titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine. » En outre, il a voté les dispositions suivantes : « En cas de mobilisation, les étudiants en médecine et en pharmacie seront versés dans le service de santé. A l'expiration de leur année de service, tous les jeunes gens énumérés ci-dessus seront envoyés en congé dans leurs foyers. Au cours de chacune des deux années suivantes, ils seront rappelés pendant quatre semaines. Ils suivront ensuite le sort de la classe à laquelle ils appartiennent. » Ajoutons que, d'après les explications fournies par le ministre de la guerre, les docteurs en médecine et les étudiants en médecine, après leur première année de service, bénéficieront des dispositions du décret du 5 juin 1883 et des règlements actuellement en vigueur, c'est-à-dire que les docteurs seront appelés comme médecins aide-majors et les étudiants comme médecins auxiliaires.

Société française de tempérance. — Cette *Association contre l'Abus des boissons alcooliques* (reconnue d'utilité publique par decret du 5 février 1880) tiendra sa séance solennelle sous la présidence de M. Jules Simon, sénateur, assisté de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de médecine, président de la Société, le *Dimanche 10 juin* 1888, à 2 heures de relevée, à l'Hôtel de la Société nationale d'Horticulture, rue de Grenelle, 84, à Paris. Ordre du jour : 1° Allocution de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, président de la Société ; 2° Rapport sur la situation morale et financière de l'œuvre, par M. le docteur A. Motet, secrétaire général ; 3° Allocution de M. Jules Simon, sénateur ; 4° Rapport de la Commission des Récompenses exceptionnelles, par M. E. Decaisne ; 5° Rapport sur les récompenses à décerner en 1888, par M. Guignard.

Nécrologie. — M. Hugues, vétérinaire de 1re classe, professeur

d'hippologie à l'Ecole de guerre de Belgique, membre de l'Académie de médecine de Bruxelles, rédacteur de l'*Echo vétérinaire*, membre correspondant de la Société centrale et de la Société de médecine vétérinaire pratique, vient de mourir à l'âge de 48 ans. — Nous apprenons le décès de M. Félix Vital TAURIN, anatomiste, collaborateur et coopérateur des plus distingués t des plus intelligents du docteur Auzoux, à l'établissement d'anatomie clastique de Saint-Aubin d'Ecrosville (Eure), décédé à Louviers le 26 mai 1888, à 75 ans. — M. le Dr L. M. POLITZER, ancien professeur des maladies des enfants de la Faculté de médecine de Vienne. — M. le Dr FRANÇOIS (d'Abbeville). — M. le Dr BODDAERT, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Gand. M. le Dr Ed. Sw. DUNSTER, professeur d'obstétrique et des maladies des femmes et des enfants à l'Université de Michigan. — M. le Dr Howard PINKNEY, chirurgien de New-York.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* : M. le professeur CHARCOT. Leçons le mardi et le vendredi à 9 heures. — *Clinique mentale* : M. VOISIN, le dimanche à 9 h. et demie. — M. le Dr TERRILLON continue ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme,* le mercredi à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. le Dr JULES SIMON a recommencé ses conférences le mercredi 23 mai, à 9 heures du matin ; il les continue les mercredis suivants à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

HÔPITAL BICHAT.— *Chirurgie.* M. le Dr TERRIER. Consultations les mardi, jeudi, samedi à 9 heures ; consultation spéciale pour les maladies des yeux et les oreilles le jeudi à 9 heures. Grandes opérations le mardi à 8 heures 1/4. — *Médecine.* M. HUCHARD et M. GAILLARD-LACOMBE. tous les jours, à 9 heures. Le jeudi, consultation spéciale pour les maladies du cœur, faite par M. Huchard et leçons de clinique et de thérapeutique médicale le dimanche à neuf heures et demie très précises.

HÔPITAL LOURCINE. *Clinique médicale.* — M. le Dr BALZER a commencé ses conférences cliniques dans ledit hôpital le mercredi 15 mai à 10 heures et les continue les mercredis suivants à la même heure.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Chirurgie.* Service de M. PÉAN. Consultation le lundi, mercredi, vendredi. Opération le samedi.— Service de M. LEDENTU. Consultation, mardi, jeudi, samedi. Opération le mercredi.— Service provisoire, M. REYGNIER. Baraques.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

AVIS AUX LECTEURS ET AUX ÉDITEURS. — Tout ouvrage dont il nous sera envoyé UN seul exemplaire, sera ANNONCÉ. Il sera fait, s'il y a lieu, une analyse de tout ouvrage dont nous recevrons DEUX exemplaires.

Publications du Progrès Médical.

PERRET (A.) — Traité du glaucome. Volume in-8 de 222 pages. — Prix : 4 fr. Pour nos abonnés . . . . 2 fr. 75.

Librairie O. DOIN, 8, place de l'Odéon.

MASSON (C.). — Des troubles moteurs post-épileptiques. Volume in-8 de 144 pages.

RECUEIL DES TRAVAUX DU COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE et des actes officiels de l'Administration sanitaire. — Tome XVII (année 1887). Un volume in-8° de 580 pages. — Paris, 1888. — Imprimerie nationale.

Librairie G. MASSON, 120, boulev. St.-Germain.

BOURGET. — Recherche clinique des acides de l'estomac. Brochure in-8 de 4 pages. — Genève 1888. Librairie Georg.

FRAIPONT (F.). — Deux cas d'étranglement interne traités par la laparotomie. Brochure in-8 de 14 pages. — Liège, 1888. Imprimerie Vaillant-Carmanne.

LAURA. — Pharmacothérapie dosimétrique comparée ou guide pour l'étude des principaux médicaments nouveaux Traduit de l'Italien, par GRAS. Volume in-8 de 540 pages. — Prix : 6 fr. — Paris, 1887. — Chantaud et Ce.

LECAUDEY (E.). — L'Avenir de l'art dentaire en France (Etat critique sur le projet de loi de 1886). Volume in-8 de 151 pages.— Paris, 1888. Ecole dentaire.

PANYROUSKI (P.-S.).—Etude clinique et bactériologique sur les fièvres palustres de la Grèce. Volume in-8 de 86 pages.— Paris, 1888. Imprimerie A. Lanier.

CHURCH AND WALSHAM. — Saint-Bartholomew's hospital reports. Volume XXIII. In-8 cartonné de XL-472 pages, avec une statistique de 106 pages. — London, 1887. Smith, Elder et Co.

FLETCHER BEACH. — Facts concerning idiocy and imbecility. Brochure in-8 de 14 pages. — London, 1884. Chez l'auteur, *Darenth Asylum.*

FLETCHER BEACH. — The present public and charitable provision for imbeciles, compared with the existing legislation respecting them. Brochure in-8 de 8 pages. Chez l'auteur.

Librairie P. SAVY, 77, boulevard St-Germain.

VERRIER (E.). — Du traitement des métrites chroniques par les eaux minérales de France. Brochure in-8 de 13 pages. — Prix : 1 fr.

Librairie G. STEINHEIL, 2, rue Casimir-Delavigne.

LE GENDRE, BARETTE et LEPAGE. — Traité pratique d'antisepsie appliquée à la thérapeutique et à l'hygiène (médecine — chirurgie — obstétrique) 1re partie : Préliminaires. Généralités ; — 2e partie : Antisepsie médicale. Volume in-8 de 451 pages. — Prix : 10 fr.

GIOUX (L.). — Contribution à l'étude de l'insuffisance des muscles de l'œil et de son traitement par la téno-myotomie partielle. Brochure in-8 de 90 pages.

BERTIN-SANS (E.). — Rapport général sur les travaux des conseils d'hygiène publique et salubrité de Montpellier (1883, 1884 e 1885). Un volume in-8 de 472 pages. — 1886, un volume in-8 de 93 pages. — Montpellier. — Imprimerie Ricard frères.

BOUCHUT (E.).— Tubage du larynx ou intubation. Comprenant : 1° Mémoire de M. Bouchut, communiqué en 1858 à l'Académie de médecine de Paris et les observations du croup guéri par le tubage du larynx ; — 2° Mémoires lus à l'Académie de médecine de New-York en 1858, par A. Jacobi, J. O'Dwyer, F. Huber, Dillon-Brown, W. Northrup, J. Haner et A. Caillé ; 3° Une introduction par E. Bouchut. Volume in-8 de 76 pages. — Paris, 1888. — Aux bureaux du *Paris-Médical.*

DELBECQ (H.). — Des fractures simples des os du carpe. Volume in-8 de 71 pages. — Lille, 1887. — Imprimerie L. Danel.

HENROT (H). — Projet d'organisation de l'hygiène publique en France. Brochure in-8 de 44 pages, avec un tableau. — Reims, 1887. — Matot-Braine.

HIMMELFARB (G.). — Zur Kasuistik des Haematoma vulvae aufserhalb des Puerperiums. Brochure in-8 de 3 pages. Extrait du *Centralblatt für gynäkologie.* — Leipzig.

JASICWICZ (J.). — Des maladies infectieuses aiguës et chroniques. Considérations générales sur la nature, les causes et le traitement de ces maladies. Rapport des maladies infectieuses entre elles. Brochure in-8 de 25 pages. — Nice, 1888, Gauthier et Ce.

LARAUZA (A.). — Du traitement des maladies chroniques de l'organe utérin par les eaux et boues de Dax. Brochure in-8 de 12 pages. — Bordeaux, 1888. — Imprimerie G. Gounouilhou.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 24. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 16 JUIN 1888.

Le Progrès Médical

HYGIÈNE

De la vaccination animale à l'Institut municipal de vaccination de Lyon;

Par le Dr **Ernest CHAMBARD**, ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin adjoint des Asiles d'aliénés de la Seine.

Au moment où la Ville de Paris, sur la proposition de M. Vaillant, se dispose à créer un *Institut municipal de vaccination* sur le modèle de ceux que possèdent déjà beaucoup de pays étrangers et quelques villes françaises (1), nous croyons opportun d'exposer succintement l'organisation et le fonctionnement de celui que M. le professeur Guilleton a fondé à Lyon, il y a bientôt cinq ans, et dont notre cher et éminent maître avait bien voulu nous confier la direction. C'était alors le premier établissement de ce genre existant en France (2); mais si, des circonstances toutes locales lui firent des commencements difficiles, les services qu'il rendit pendant l'épidémie variolique de 1883-1884, ne tardèrent pas à faire tomber les préventions qui s'étaient d'abord élevées contre lui.

I

Le 7 septembre 1882, entre M. Massicault, préfet du Rhône et M. le professeur Guilleton, maire de Lyon, intervint une convention aux termes de laquelle, moyennant une subvention annuelle de 2,000 francs, la Ville de Lyon s'engageait à organiser un service municipal et gratuit de vaccination sur tout le territoire de sa commune et à mettre à la disposition du département du Rhône, dans les vingt-quatre heures suivant chaque demande, le vaccin nécessaire au service départemental de vaccination. L'Institut municipal devait, enfin, être placé sous la direction d'un « conservateur » choisi parmi les professeurs agrégés, chefs de clinique de la Faculté, médecins des hôpitaux ou municipaux, nommés au concours.

En vertu de cette convention, le maire de Lyon affecta au nouveau service une partie du rez-de-chaussée et tout le premier étage de l'*Hôtel de police municipale*, belle construction neuve située rue du Bât d'Argent n° 21, au centre de la ville, puis nomma conservateur du vaccin et vétérinaire MM. le Dr Chambard, chef de clinique de la Faculté et A. Leclerc, inspecteur principal de la boucherie. Le premier de ces fonctionnaires avait dans ses attributions la distribution et l'inoculation du vaccin, les rapports avec les médecins, le public et l'administration, la direction générale de l'institut; au second incombait spécialement le soin de produire le vaccin animal, de veiller à l'hygiène des vaccinifères et de faire leur autopsie après leur passage à l'abattoir. Qu'il nous soit permis, à ce propos, de témoigner à notre collaborateur et ami toute notre reconnaissance pour le dévouement avec lequel il nous a secondé au milieu de circonstances, au début difficiles, et du zèle qu'il apporta à un service dont il fut le véritable organisateur.

De son côté, le préfet du Rhône institua une commission supérieure de vaccine chargée de la surveillance de l'institut municipal et composée de quinze membres parmi lesquels nous citerons : MM. Chauveau, président, Rollet, Fochier, Perroud, Rebatel, Lacassagne, Teyssier, Chassagny, Dron et Lépine.

II

Les opérations de l'*Institut municipal de vaccination de la ville de Lyon* consistent dans la production, la conservation, la distribution et l'inoculation du vaccin animal (1); nous allons les passer successivement en revue.

Production du vaccin. — 1° Provenance et hygiène des vaccinifères. — Les animaux destinés à la production du vaccin sont des veaux et des génisses, âgés d'au moins deux à trois mois, pesant de 80 à 100 kilogrammes et choisis parmi les plus vigoureux : ils sont fournis à l'Institut par le boucher des hospices qui les reprend avec une moins-value de 20 francs lorsqu'ils ont rempli leur rôle de vaccinifères.

L'hygiène des vaccinifères a été parfaitement réglée et très bien décrite par notre collaborateur, M. Leclerc (2). A leur arrivée, ils sont, en général, dans un état de fatigue extrême et l'on reconnait à leur ventre ballonné et à leur peau couverte de sueur que leurs éleveurs, avant de les mener au marché, les ont gorgés d'eau pour leur donner plus de poids. Les inoculer de suite serait s'exposer à récolter un vaccin hâtif, puriforme et inerte, sinon dangereux: il convient de les laisser reposer deux ou trois jours dans une étable vaste, sèche, aérée, maintenue à une température constante de 20° centigrades. Leur nourriture consiste en trois litres de lait et 500 grammes de farine lactée distribués en trois repas par jour. Si le veau a été gorgé d'eau, on lui administre un breuvage excitant composé de thé ou de café additionné de 10 grammes d'alcool et de 10 grammes de nitrate de potasse; puis on le laisse sur une litière sèche, bien couvert et dans un repos absolu (3);

2° *Inoculation du vaccinifère.* — Le vaccinifère étant bien reposé et en bon état, on procède à l'inoculation. A cet effet, on le couche et on le fixe au moyen de courroies sur une table à bascule du modèle adopté par M. Chambon, de manière à exposer tout un côté de la poitrine. Cette région, à l'abri de la langue de l'animal et assez vaste pour recevoir de nombreuses inoculations, est d'abord tondue avec une tondeuse, puis

(1) Voir pour l'historique de la vaccination animale: Warlomont. *Traité de la vaccine*, 1883. — A. d'Espine, Art. vaccine, vaccination, in *Dict. de méd. et chir. pratiques*.

(2) Depuis des Instituts de vaccination animale ont été fondés, sur le modèle de celui de Lyon, à Bordeaux, Saint Etienne et Alger.

(1) Aux termes de l'art. 3 de la convention entre la ville et le département, l'*Institut* doit tenir et conserver du vaccin humain; mais lorsqu'il fut bien avéré que nous pouvions produire en quantité énorme du cow-pox aussi actif que celui-ci, la demande en diminua rapidement et finit par devenir presque nulle.

(2) A. Leclerc. — Le service de la vaccination animale à Lyon. Communication à la *Soc. de Lyon et du Sud-Est*. Séance du 6 avril 1884.

(3) A. Leclerc. — Note sur le traitement de l'indigestion d'eau par l'alcool. *Archives de médecine vétérinaire*, 1878, p. 94.

rasée, séchée et essuyée avec un linge bien propre : on y pratique alors, suivant des lignes horizontales et parallèles, avec une lancette vétérinaire à grain d'orge, une série de 150 ou 200 scarifications en quinconce d'un centimètre de longueur et assez profondes pour atteindre, sans le faire saigner notablement, le corps papillaire et sur chacune des petites plaies linéaires ainsi produites, on dépose à la pointe de la lancette, une parcelle d'Electuaire vaccinal : après avoir employé pour inoculer un premier veau de l'Electuaire qui nous fut fourni, à titre onéreux, par le Comité milanais et qui est d'ailleurs fort bon, nous nous servîmes, dans la suite d'Electuaire de notre fabrication mis en réserve sur le produit de la cueillette précédente.

L'opération exige de la part des aides une certaine habitude et une certaine adresse car, bien que d'un naturel très doux, le veau se débat assez énergiquement pendant qu'on le fixe sur la table à bascule : bien exécutée, elle ne dure guère plus de cinq ou six quarts d'heure. Lorsqu'elle est terminée, on détache doucement l'animal, on le musèle avec un petit panier cylindrique d'osier et on le laisse sans couverture pendant dix minutes pour assurer l'absorption du vaccin.

3° *Cueillette du vaccin.* — Dès le lendemain de l'inoculation, dit M. Leclerc, ou, au plus tard, deux jours après, la température de la surface d'insertion s'élève et devient sensible au toucher, quelquefois une véritable fièvre vaccinale se manifeste. Au troisième jour, l'éruption se dessine ; on voit et on sent des élevures à chaque point d'insertion du vaccin. Certains auteurs prétendent qu'il faut recueillir le vaccin à cette période ; mais il ne serait pas en quantité suffisante pour les besoins d'un service public et son activité ne serait pas assez certaine. Il faut donc attendre le quatrième jour pour commencer la cueillette : à cette date, sur les veaux à peau dépourvue de pigment, la pustule est visiblement formée ; elle apparaît plate et entourée d'un liseré argenté, avec ses caractères classiques. En général, ce sont les pustules des rangées supérieures et les plus antérieures des rangées inférieures qui se développent les premières.

Les phénomènes généraux de l'inoculation vaccinale, chez le veau, sont, en général, peu marqués et se bornent à une fièvre légère. Il s'y joint parfois un peu de diarrhée que l'on peut couper, le plus souvent, en ajoutant au lait dont on nourrit l'animal, deux ou trois échaudés ou quelques jaunes d'œufs ou, si elle persiste, quelques gouttes de laudanum. Sur cinquante-huit veaux que l'Institut de Lyon avait utilisés au commencement de l'année 1884, un était mort d'entérite suraiguë avant l'inoculation, un autre avait été reconnu, à l'autopsie, atteint d'une entérite légère et son vaccin avait été détruit.

Grâce au lieu d'élection choisi pour l'inoculation, la récolte du vaccin est des plus facile, et ne demande, de la part de l'opérateur et de ses aides qu'un peu d'habitude et beaucoup de patience et de douceur ; il n'est même pas nécessaire, pour l'exécuter, de fixer l'animal sur la table à bascule.

Le patient étant debout, on lave la surface inoculée à l'eau tiède et on l'essuie avec un linge fin et propre. Saisissant alors la pustule à sa base avec une pince hémostatique de Péan à branches et à mors allongés, l'on voit, au bout de quelques secondes, la lymphe vaccinale sourdre sous la croûte qu'elle tend à décoller. On la recueille à l'aide de l'*Aspirateur vaccinal* que nous décrirons tout à l'heure ; puis détachant la voûte de la pustule et en raclant les parois avec la lancette, on dépose la croûte et la pulpe ainsi obtenues dans un verre de montre que l'on recouvre d'une petite cloche : toutes les parties actives de l'élément employé sont ainsi recueillies et divisées en deux parts : la *lymphe* qui s'est rendue dans le récipient de l'aspirateur, la *croûte* et la *pulpe* qui ont été réunies dans le verre de montre. Il va sans dire que tous les instruments qui servent à la récolte, pince, lancette, verre de montre et aspirateur, ont été soigneusement nettoyés et même flambés avant l'opération.

Après avoir ainsi traité successivement quarante ou cinquante pustules, M. Leclerc suspend la cueillette pour éviter au vaccinifère qui commence à donner des signes d'impatience, une fatigue et une douleur exagérées ; il la reprend le soir ou même le lendemain, car le vaccin du cinquième jour est encore doué d'une grande activité. Les pustules décortiquées se transforment en plaie simple et guérissent par première intention. On laisse ensuite l'animal se reposer un ou deux jours, puis on le rend au boucher qui se charge de le récompenser du service qu'il a rendu à ses frères supérieurs.

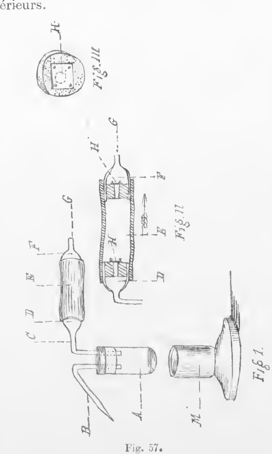


Fig. 57.

4° *Aspirateur vaccinal.* — Dès les premiers temps du service municipal de vaccination, nous eûmes la pensée de substituer aux tubes capillaires qu'il nous fallait remplir un par un de lymphe vaccinale, un appareil aspirateur construit de manière à collecter dans un récipient unique le contenu liquide de toutes les pustules d'un vaccinifère. Nous construisimes dans ce but une sorte de pipette à ampoule dont le fonctionnement laissait beaucoup à désirer ; mais c'est à un garçon du laboratoire municipal, M. Brunel, ancien souffleur de verre de la maison Alvergnat de Paris et homme fort intelligent, qu'il était réservé de résoudre le problème que nous avions posé. Cet habile ouvrier inventa et

exécuta pour nous le petit appareil que nous allons décrire et qui nous rendit les plus grands services. Nous ne savons s'il se trouve maintenant dans le commerce; mais tout vaccinateur un peu adroit peut le construire avec quelques morceaux de tubes de verre et un bout de tube de caoutchouc.

L'aspirateur vaccinal de M. Brunel (*Fig.* 57, I) se compose d'une petite éprouvette de verre mince à fond hémisphérique A, de 5 centimètres de longueur et de 2 centimètres environ de diamètre, fermée par un bouchon de caoutchouc dans lequel passent deux tubes : l'un B, recourbé à angle aigu et effilé à son extrémté libre, l'autre C, recourbé à angle droit et terminé par une extrémité plus large D. Sur l'extrémité D du tube C, s'engage un manchon de caoutchouc E, de quelques centimètres de longueur qui, par son autre bout, embrasse un tube de verre F, du même diamètre que le segment D du tube C et terminée par une extrémité effilé G. Le segment D du tube C et le tube F sont, en outre, garnis de bouchons de liège paraffiné, percés suivant leur axe d'un canal qu'obturent deux petits carrés de caoutchouc HH' piqués à quatre épingles sur leur face externe et jouant le rôle de soupape s'ouvrant de dedans en dehors suivant la direction indiquée par la flèche de la figure 57, II. Quant à la pièce M de la figure 57, elle représente un dé creux en bois dans lequel peut s'engager le tube A et servant de support à l'aspirateur.

La marche de l'appareil est des plus simples. Pour recueillir le contenu liquide d'une pustule, on y plonge l'extrémité effilée du tube B et, en même temps, l'on comprime légèrement, entre le pouce et l'index de la main droite, le manchon de caoutchouc E; l'air que renferme ce manchon s'échappe en partie par la soupape H' (*Fig.* 57, II) et il s'y produit, si l'on cesse alors la compression, une diminution de tension gazeuse, un vide relatif, que vient aussitôt compenser le passage dans sa cavité, par la soupape H, d'une partie de l'air du tube R. C'est maintenant dans ce tube qu'existe un vide partiel qui y appelle le liquide dans lequel plonge l'extrémité du tube B. L'on peut aussi recueillir successivement dans le tube B. en un temps relativement très court, les deux ou trois centimètres cubes de lymphe vaccinale que renferment les 150 ou 200 pustules d'inoculation d'un animal vaccinifère.

Conservation du vaccin. — L'Institut municipal de Lyon préparait au temps où nous le dirigions et prépare sans doute encore aujourd'hui le vaccin animal sous deux espèces : la lymphe et l'électuaire; la lymphe pure était encore demandée par quelques médecins peu confiants; mais c'est avec l'électuaire que nous avons pratiqué ou fait pratiquer les vaccinations en masse que l'épidémie de variole qui sévit dans la ville, en 1883 et 1884, rendit nécessaires.

1° *Préparation et conservation de la lymphe vaccinale.* — La moitié environ de la lymphe vaccinale provenant d'une cueillette était consacrée à la préparation du *vaccin en tubes.* A cet effet, après l'avoir débarrassée du coagulum fibrineux qui ne tarde pas à s'y former et que nous mettions précieusement à part, nous l'additionnions de son volume d'un mélange à parties égales d'eau distillée et de glycérine neutre et nous y plongions un faisceau de tubes capillaires de 7 centimètres environ de longueur sur 1 millimètre de diamètre qui ne tardaient pas à se remplir par capillarité. Il ne restait plus qu'à boucher chaque extrémité de ces tubes, préalablement bien essuyée, avec un peu de cire à cacheter fondue et à les renfermer dans de petites éprouvettes de terre portant sur une étiquette le numéro du vaccinifère, l'âge du vaccin et la date de la récolte, que nous déposions à l'abri de la lumière dans une boîte de gaînerie à compartiments. Chaque jour nous faisions la revue du contenu de cette boîte et tout vaccin liquide ayant plus de quinze jours de date était impitoyablement détruit.

2° *Préparation et conservation de l'électuaire vaccinal.* — Après bien des tâtonnements nous sommes parvenu à préparer un électuaire vaccinal que nous avons appelé *Intégral*, parce qu'il renferme les éléments actifs de la pustule vaccinale : il ne le cède en rien, comme activité, à l'électuaire du comité milanais dont nous n'avions pu obtenir la recette et sa forme semi-liquide ou plutôt mucilagineuse en rend l'emploi un peu plus commode (1). En voici la préparation.

Les croûtes que nous avons mises à part au moment de la cueillette, préalablement lavées dans un peu d'eau glycérinée, sont d'abord broyées dans un mortier de verre avec un morceau de sucre dont le rôle est de les diviser mécaniquement en très fines particules. A la poudre humide ainsi obtenue, on ajoute la pulpe due au curage des pustules, le caillot qui s'est séparé de la lymphe et une pincée de gomme adragante, de manière à faire un mucilage épais. Il ne reste plus pour amener le mucilage à une consistance convenable et en assurer la conservation, qu'à lui ajouter goutte à goutte, et en en continuant la trituration, un mélange à parties égales d'eau distillée et de glycérine neutre (2). La fabrication de cet électuaire se réduit, on le voit, à une opération pharmaceutique très simple tenant à la fois de la préparation d'un looch et de celle d'un julep gommeux.

L'électuaire intégral était conservé dans le mortier même qui avait servi à sa préparation et dans lequel nous puisions au fur et à mesure des besoins à l'aide d'une petite spatule de platine; le mortier restait en permanence sur notre table, simplement recouvert d'une cloche dont le bord rodé reposait sur une plaque de verre dépoli.

Distribution du vaccin. — Non content de mettre à la disposition du département du Rhône, comme l'y obligeait l'article 1er du Traité, le vaccin nécessaire au service départemental de vaccination, l'Institut de Lyon satisfaisait et satisfait encore aujourd'hui, gratuitement et sans délai, à toutes les demandes qui lui étaient adressées par les médecins, pharmaciens, sage-femmes, non seulement de la ville et du département, mais encore de France et de l'Etranger. Un registre statistique spécial mentionnant les noms, qualités et domicile des impétrants, la quantité, la nature et l'origine du vaccin délivré et les dates de sa délivrance, nous permettait de suivre les fluctuations de cette partie de notre service et nous aurait fourni au besoin le moyen de remonter à l'origine des insuccès ou des accidents qu'on nous aurait signalés.

Les tubes de vaccin liquide sont remis ou expédiés dans de petits étuis formés d'une plume d'oie fendue obliquement; l'électuaire est renfermé entre deux plaques carrées de verre épais creusées d'une dépression cupuliforme (*Fig.* 57, III) analogues à certaines chambres hu-

(1) E. Chambard. — Préparation et emploi de l'électuaire vaccinal de l'Institut municipal de vaccination; in *Lyon médical*, n° 8, 24 février 1884.

(2) Nous nous servions, pour cela, d'un flacon assez ingénieux muni d'un bouchon à l'émeri qui peut, selon qu'on le tourne plus ou moins, l'obstruer complètement ou le transformer au comptegouttes.

mides histologiques, que nous faisions fabriquer spécialement et qui reviennent à un prix assez élevé, cinq centimes pièce, si nos souvenirs sont exacts. Tubes et plaques sont expédiés par la poste, sous enveloppes ouvertes, moyennant un affranchissement de cinq centimes, seule charge qu'ait à supporter le destinataire. (*A suivre.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE

Hôpital Bichat. — M. le Dr **Félix TERRIER**, Professeur agrégé.

Tumeur solide de l'ovaire droit. Petite tumeur solide de l'ovaire gauche. Ascite. — Ovariotomie double pour fibromes ovariens chez une femme de 77 ANS. — Guérison.

Observation recueillie par **M. Marcel BAUDOUIN**, interne du service.

On est loin d'être fixé sur les contr'indications de l'ovariotomie, mais on peut dire qu'aujourd'hui il ne reste presque rien de tout ce qui a été écrit, il y a une dizaine d'années, sur ce point si longuement discuté dans tous les traités classiques. A mesure que l'asepsie opératoire devient plus parfaite, que les progrès de la chirurgie abdominale s'accentuent, depuis que les chirurgiens, plus sûrs d'eux-mêmes, pratiquent un grand nombre d'ovariotomies, on voit de jour en jour diminuer le nombre et l'importance des contr'indications de cette opération ; et, en particulier, pour ce qui concerne l'*âge* des femmes atteintes de tumeurs de l'ovaire, la chose n'est plus douteuse. On le sait, on a extirpé des ovaires et obtenu la guérison des opérées à peu près à tous les âges. On connaît le cas publié par notre ancien maître, M. le Dr Jouon (de Nantes) (1), qui pratiqua avec succès une ovariotomie chez une petite fille de 12 ans. D'autre part, on ne compte plus aujourd'hui les opérations qui ont assuré une notable survie à des femmes de 60 à 70 ans. Malheureusement, nous devons avouer qu'il n'en est pas encore ainsi pour celles qui ont été faites chez des personnes âgées de plus de 70 ans, et bien peu de chirurgiens ont osé opérer et ont eu le bonheur d'obtenir des succès, à un âge aussi avancé.

Les ovariotomies, faites dans ces conditions, sont si peu communes que nous croyons devoir relater avec détails, sur les conseils de notre cher maître, M. le Dr Terrier, l'histoire d'une femme de 77 ans qu'il a opérée récemment à l'hôpital Bichat. On verra, par les accidents que présentait la malade à son entrée, que l'opération était nettement indiquée malgré l'âge de la patiente, et, par les résultats de l'extirpation des ovaires, tout le bénéfice que cette femme a retiré d'une intervention habile et aseptique.

Nous publions d'autant plus volontiers cette observation qu'un chirurgien américain, John Homans (de Boston), vient de citer dans un des derniers numéros du *The Boston medical and surgical Journal* (2) un cas d'ovariotomie faite avec succès à 82 ans et 4 mois (3) et de rechercher à ce propos combien de fois avait été pratiquée cette opération chez des femmes aussi vieilles. Le cas dû à Homans est le seul, d'après cet auteur, où l'on soit intervenu après 80 ans. D'ailleurs M. Homans, pour s'en assurer, a fait faire des recherches bibliographiques par M. le Dr Lorini (de Washington) qui a parcouru à ce point de vue la littérature médicale anglaise, américaine, française, allemande, aussi bien que les journaux russes, suédois, hongrois, etc. Ce médecin a trouvé seulement deux cas se rapportant à des opérations faites chez des femmes âgées de 75 ans et au-dessus ; l'une avait 75 ans (en Italie) et l'autre 78 ans (en Russie) ; pour lui, en dehors du cas d'Homans, ce sont là les ovariotomies, pratiquées à l'âge le plus avancé, qui soient relatées dans les ouvrages. M. Homans ajoute cependant que M. E. Matthews Owens (d'Australie) a opéré une malade de 79 ans et dix mois. Un chirurgien américain, prétend l'auteur de l'article *Ovariotomie* du *Dict. Encycl.* (1), aurait ovariotomisé, également avec succès, une dame de 75 ans.— M. Homans a fait, en outre, deux ovariotomies chez des femmes de 73 ans (2). Le Dr Keith aurait aussi opéré une personne de 73 ans, Spencer Wells une de 71 ans (3), au dire de M. Homans.—On voit, par cette énumération, que les cas se comptent pour les malades, opérées et guéries, ayant dépassé 70 ans, et que celui de notre excellent maître arrive bon quatrième.

Observation. — *Tumeur solide de l'ovaire droit et ascite chez une femme de 77 ans. — Ovariotomie double. — Fibromes ovariens. — Guérison.*

Mme L.... (Françoise), âgée de 77 ans, entrée le 26 janvier 1888, salle Chassaignac, lit no 3, service de M. le Dr Terrier.

Antécédents. — Pas de renseignements sur les parents de cette femme.

Antécédents personnels.— La malade a été réglée à 18 ans; les règles ont toujours été régulières, de durée moyenne dépassant très rarement 4 ou 5 jours. Elle a eu un enfant à l'âge de 24 ans. Rien à noter pendant la grossesse et lors de l'accouchement. Ménopause à 48 ans, sans phénomènes spéciaux. Pas de maladies graves.

Début de l'affection. — Au mois de juillet 1887, elle s'est aperçue que son ventre augmentait un peu de volume. L'abdomen a commencé à grossir du *côté droit* ; elle sentait alors quelque chose de dur de ce côté. Quelques mois après, pendant l'hiver de 1887, elle a eu un peu d'*œdème* des malléoles à la *jambe droite*, mais l'enflure disparut rapidement. Le ventre continua à grossir peu à peu. La malade entre alors à l'hôpital, sur les conseils de M. le Dr Gautier (de Levallois). Elle n'a jamais eu d'élancements douloureux dans les jambes, aucun trouble du côté du rectum ou de la vessie avant son arrivée dans le service, sauf une légère fréquence dans les mictions à un moment donné. Cette fréquence n'a pas duré longtemps. Elle n'a jamais souffert du ventre, n'a jamais eu de métrorrhagie ni d'écoulement vaginal d'aucune sorte.

Etat actuel (12 février 1888). — Cette femme est presque impotente par suite de l'âge et surtout de la tumeur abdominale qu'elle présente. C'est à peine si elle peut s'asseoir sur son lit et garder cette position pendant quelques instants. Elle ne peut pas marcher. Elle est assez amaigrie, le début de cet amaigrissement ayant presque coïncidé avec le début de sa maladie ;

(1) Cité in *Dict. Encycl. des sc. méd.*, art. *Ovariotomie*, par Boinet, p. 304.

(2) *The Boston medical and surgical Journal*, 3 mai 1888, no 18, vol. CXVIII ; analysé in *Bull. méd.*, no 40, 20 mai 1888, p. 675.

(3) Il s'agit d'une dame âgée de 82 ans et 4 mois qui fut adressée à J. Homans par le Dr Ch. Dewey, de Rochester (New-York). Elle était veuve et mère de 5 enfants ; le plus jeune avait 43 ans. Elle présentait une tumeur de l'ovaire gauche, probablement sans adhérences. Cette dame, malgré sa vieillesse, était encore active et jouissait d'une bonne santé. La tumeur avait débuté deux ans auparavant et avait cru très rapidement pendant les 6 derniers mois La malade désirant être opérée, Homans lui enleva le 28 janvier 1888 un kyste dépendant de l'ovaire gauche, multiloculaire et papillomateux ; il contenait 13 litres de liquide ; la partie solide pesait une livre 3/4. La malade retourna chez elle guérie le 2 mars.

(1) *Dict. Encyc. des Sc. méd.*, art. *Ovariot.*, p. 304.

(2) Ces deux opérées d'Homans sont aujourd'hui en bonne santé.

(3) Une autre opérée de Spencer Wells, ayant plus de 70 ans, a succombé. Dans son traité des *Tumeurs de l'ovaire ou de l'utérus* (traduction de P. Rodet, Paris 1888, p. 267), il dit qu'il n'a fait que ces deux ovariotomies au-dessus de 70 ans.

elle ajoute même qu'elle s'est aperçue de cette diminution des forces, de cet amaigrissement, avant de constater qu'elle avait une petite tumeur dans le flanc droit. — Elle tousse un peu, surtout la nuit. La respiration est notablement gênée et assez fréquente. Les mictions ne sont pas douloureuses. Pas d'incontinence d'urine. Pas d'albumine ni de sucre. Pas de fréquence dans la miction à l'heure actuelle. L'appétit est diminué, mais il n'y a pas de troubles digestifs notables. Constipation ces jours derniers seulement; auparavant les garde-robes étaient régulières. Elle n'a jamais eu de diarrhée. Pas d'accidents péritonéaux. Pas de poussées fébriles. Pas de douleur spontanée dans le ventre, ni de vomissements. N'a jamais eu de syncope. Pas d'écoulements utéro-vaginaux d'aucune sorte.

Inspection. — Le ventre est très volumineux, élargi dans les flancs, un peu asymétrique, plus saillant du côté droit. La paroi abdominale, malgré le volume de la tumeur, n'est pas très tendue, est assez facilement dépressible, si bien que la palpation permet de se rendre compte d'une façon assez précise des parties situées en arrière d'elle. La cicatrice ombilicale n'est pas déformée. Pas de veinules sous-cutanées, pas de vergetures; la peau est sèche.

Mensuration. — *a.* Circonférence à l'ombilic : 1m 07 ; à 10 c. au-dessous de l'ombilic : 1,05 ; à 10 cent. au dessus, 1,03. — *b.* Distance de l'ombilic à l'app. xiphoïde, 0,21 c.; au pubis, 0,18 ; à l'épine iliaque ant.-inf. droite, 0,24 ; à l'épine iliaque ant.-sup. gauche, 0,26.

A la *palpation*, on reconnaît que la tumeur occupe principalement la partie droite du ventre, mais qu'elle semble flotter dans une couche liquide. Elle est dure, assez mobile dans le sens transversal et de haut en bas. On a très nettement la sensation de ballottement d'un corps plus ou moins rond. Quand on lui imprime des mouvements, on perçoit par instants un léger frottement, plus marqué en avant et en bas. — A une palpation plus délicate, on note sur cette tumeur l'existence de deux parties plus saillantes, tranchant sur le reste de la masse, et situées immédiatement au contact de la paroi abdominale, sans interposition de liquide. Ces deux parties saillantes et dures, se continuant avec la tumeur, sont assez régulièrement arrondies, du volume du poing, sont situées l'une à la moitié de la distance entre l'ombilic et le pubis sur la ligne médiane, l'autre à droite, à quelques centimètres en dehors de l'ombilic et sur une ligne horizontale qui passerait par la cicatrice ombilicale. — Il est assez facile de limiter la tumeur en la mobilisant ; si on la refoule dans les profondeurs, elle revient frapper la main appliquée sur la paroi. Ceci est surtout marqué au niveau des parties saillantes signalées plus haut. On ne sent pas de tumeur indépendante dans le flanc gauche.

On a très nettement la sensation de flot à la *percussion* (ascite abondante). *Sonorité* dans toute la partie comprise entre l'appendice xiphoïde et le bord inférieur des cartilages costaux des 9e et 10e côtes, et trois lignes : l'une horizontale, passant un peu au-dessus de l'ombilic; les deux autres verticales, l'une passant par le mamelon gauche, l'autre située à un travers de doigt à droite de la ligne médiane. Dans cette zone de sonorité, on distingue deux zones secondaires : l'une droite (sonorité intestinale), l'autre gauche (sonorité stomacale). *Matité* absolue dans les flancs des deux côtés et dans toute la partie inférieure du ventre.

Il y a un *œdème mou*, notable, dans le membre inférieur droit; il commence aux malléoles droites et va jusqu'à la cuisse. La main avec l'avant-bras droit, la partie droite du thorax au voisinage du sein, sont aussi œdématiées ; c'est surtout sur le dos de la main que l'œdème est plus marqué. La peau est très blanche et garde longtemps l'empreinte du doigt.

Au *toucher vaginal*, l'utérus paraît petit et atrophié, assez mobile. La grosse tumeur est complètement indépendante de l'utérus. Le col est petit; son orifice a des lèvres irrégulières. Rien dans les culs-de-sac du vagin.

On pose le diagnostic de *tumeur solide de l'ovaire droit* avec *ascite*.

Opération le 14 février 1888, par M. Terrier, aidé de MM. Quénu et Périer. Anesthésie par M. P. Berger. Instruments de M. le Dr Poupinel, *stérilisés à l'étuve*.

L'incision de la paroi commence à l'ombilic et s'arrête à quelques centimètres au-dessus du pubis. L'ouverture du ventre est facile. Du liquide ascitique s'écoule en grande abondance ; il est jaune-rougeâtre. Il en sort environ 3 litres. On voit alors qu'on a affaire à une grosse tumeur solide de l'*ovaire droit* avec petit pédicule et avec des adhérences intestinales et épiploïques. On agrandit l'incision de la paroi abdominale à son extrémité supérieure surtout. Elle remonte alors au-dessus de l'ombilic de 8 à 10 cent. environ ; elle s'arrête au milieu de la ligne étendue de l'ombilic à l'appendice xiphoïde. En bas, elle est aussi prolongée de quelques centimètres vers le pubis. Une main dans la cavité péritonéale explore avec soin la tumeur et reconnaît l'existence et la nature des adhérences épiploïques, qui sont assez étendues à la partie supérieure de la tumeur. En bas, on délimite le petit pédicule et on constate les quelques adhérences qu'il y a avec l'intestin grêle.

La tumeur est énucléée assez facilement de la cavité abdominale. Des pinces courbes à longs mors sont placées sur les adhérences épiploïques qu'on sectionne du côté de la tumeur. En bas, on détache, en disséquant avec précaution au bistouri, la tumeur de l'intestin grêle, auquel elle adhère dans une étendue d'une dizaine de centimètres environ. Des ligatures au catgut sont placées sur des vaisseaux de la paroi de l'intestin (6 à 8). On revient aux adhérences de l'épiploon qu'on lie avec du gros catgut (5 ligatures). Le pédicule inférieur est saisi entre deux pinces, puis divisé en deux parties, et lié avec des fils de soie croisés en X. Ce pédicule présente un petit kyste gros comme une noisette un peu au-dessus du point où porte la section aux ciseaux.

L'*ovaire gauche*, gros comme une mandarine, blanchâtre, très dur, paraissant atteint de fibrome, sans cavités kystiques, est enlevé aussi ; son pédicule est lié avec 2 fils de soie croisés aussi en X.

Sutures profondes de la paroi abdominale avec 12 fils d'argent stérilisés. 11 sutures superficielles au crin de Florence. Pas de drainage. L'opération a duré environ trois quarts d'heure. Pansement antiseptique complet.

Suites opératoires. — Le 14 au soir : T. 37° ; P. 100 ; R. 28. 2 piqûres d'éther. Glace, champagne, eau de seltz.

15 *février*. Nuit calme. Désunion de la plaie au niveau de l'ombilic; il se fait un écoulement très abondant de liquide ascitique en ce point. Le lit de la malade est inondé. T. m., 37°,2 ; P. m., 98 ; R. m., 26. L'œdème a diminué un peu. — T. s., 37° ; P. s., 92 ; R. s., 24. Urine 500 grammes. Gaz par l'anus avec la sonde.

16 *février*. Urine 500 gr. La malade urine seule. T. m., 36°,8 ; P. m., 88 ; R. m., 24. Lait, eau de Vichy, glace, potage. L'œdème de la main droite et de la jambe droite a encore un peu diminué. Mais la cuisse gauche est ce jour-là notablement œdématiée. — T. s., 36°,8 ; P. s., 86 ; R. s., 24.

17 *février*. T. m., 36°,8 ; R. m., 84 ; R. m., 24. Urine 800 gr. — T. s., 37° ; P. s. ; 100 ; R. s., 24. Pas de changement dans l'œdème.

18 *février*. T. m., 37° ; P. m., 100 ; R. m., 24. — T. s., 37° ; P. s., 100 ; R. s., 24.

19 *février*. T. m., 37°. T. s., 37°,2. Il s'écoule toujours un peu de liquide par la plaie. Il n'y a plus d'œdème à gauche.

20 *février*. T. m., 36°,8. — T. s , 37°,3.

21 *février*. On enlève les fils d'argent. T. m., 36°,8. T. s. 37°. L'œdème est moindre ; toujours écoulement de liquide par l'ombilic.

Du 22 au 28 *février*. Les jours suivants, l'œdème diminue notablement par instants pour reparaître avec les mêmes caractères. Du liquide s'écoule encore par l'ombilic. La température oscille au voisinage de 37° degrés. On enlève les sutures superficielles.

1er au 15 *mars*. Bientôt il y a cicatrisation, oblitération de la fistule ombilicale ; il ne s'écoule plus de liquide ascitique. Mais il reste, par suite de la désunion des bords de l'incision, une plaie bourgeonnante de la forme et de la dimension d'une pièce de 2 francs.

19 *mars*. L'œdème n'existe plus depuis quelques jours. La plaie a un peu diminué en étendue ; les parois abdominales sont flasques. La malade va bien.

26 *mars*. La malade quitte l'hôpital, guérie.

Le 17 *mai.* La malade vient voir M. Terrier. Elle se porte très bien. La cicatrice au niveau de l'ombilic est constituée par une membrane mince, formée d'une peau très fine, blanchâtre, transparente, à travers laquelle on aperçoit les contractions de l'intestin. Il y a éventration à la partie inférieure de la cicatrice qui, dans sa totalité, a 17 cent. 1/2, dont 3 cent. 1/2 au-dessus de l'ombilic.

Examen de la pièce. — Voici la note qui nous a été remise par M. le Dr Poupinel, lequel a bien voulu se charger de l'examen de la pièce enlevée, cataloguée au laboratoire d'anatomie pathologique de l'hôpital Bichat, sous le nº 33.

Description macroscopique.— La tumeur de droite est constituée par une énorme masse du volume d'une tête d'adulte pesant 3.850 gr., de forme régulière, à surface lisse, ayant contracté des adhérences en haut avec l'épiploon, en bas et en arrière avec l'intestin et reliée au petit bassin par un mince pédicule étalé. Ce pédicule comprend le ligament large et la trompe qui portent tous deux de nombreux petits kystes transparents. A la surface de la tumeur, presque pédiculée sur elle, existe une masse blanchâtre, ovoïde et dure, du volume d'un gros œuf de poule, présentant à la coupe l'aspect des fibromes utérins. La coloration de la tumeur est variable, blanc, jaunâtre en certains points; brun, rouge violacé en d'autres. Sa consistance est aussi assez inégale; presque partout dure, la tumeur est fluctuante en certains points. Pendant le décollement des adhérences intestinales, la tumeur a été légèrement éraillée et il s'est écoulé une minime quantité de liquide clair qui était comme infiltré entre la coque externe de la tumeur et celle-ci. En un autre point, l'enveloppe fibreuse de la tumeur est décollée par un épanchement liquide sanguinolent étalé en nappe. Au-dessous de cet épanchement, le tissu de la tumeur est infiltré de sang, comme macéré. La section de la tumeur la fait reconnaître comme une tumeur solide, de couleur blanc jaunâtre, de consistance fibreuse, lardacée, sauf en certains points où la couleur est rouge brunâtre et où la tumeur est absolument infiltrée de sang.

L'ovaire du côté gauche, du volume d'un petit œuf de poule, est absolument fibreux et dur. La *trompe* paraît normale. Dans le *ligament large* existe un petit kyste de la grosseur d'une tête d'épingle.

Description histologique.— La tumeur est un *fibrome* présentant de nombreux points en dégénérescence graisseuse plus ou moins avancée et d'autres littéralement infiltrés par du sang. Dans la masse ovoïde annexée à la tumeur principale, ainsi que dans la masse fibreuse qualifiée d'ovaire de l'autre côté, il n'existe plus trace de tissu ovarien normal : *la transformation fibreuse des ovaires est donc complète.* Quant à la masse ovoïde annexée à la tumeur principale, il est impossible d'y voir autre chose qu'une dépendance de la tumeur principale, constituée elle-même aux dépens de l'ovaire correspondant, c'est-à-dire le droit.

Nous avons, au début, fait ressortir l'intérêt de cette observation, en ce qui concerne l'âge auquel elle a été pratiquée ; mais elle nous paraît présenter, en outre, quelques particularités sur lesquelles il n'est peut-être pas déplacé d'insister un peu.

Le diagnostic avait été relativement facile, mais incomplet. Il s'agissait évidemment d'une tumeur de l'ovaire, à cause de l'absence de métrorrhagies, de l'indépendance de la néoformation vis-à-vis de l'utérus, de son apparition d'un côté de l'abdomen, etc. Ce n'était certainement pas un fibrome utérin. Restait à préciser la nature du néoplasme ovarique. La palpation montrant qu'on avait presque sûrement affaire à une tumeur solide, on songea au sarcome, en raison de son mode de développement qui paraissait avoir été assez rapide (8 à 10 mois) chez cette vieille femme, et de l'amaigrissement assez notable de la malade. On avait éliminé le cancer, malgré l'œdème précoce (il est vrai qu'il a toujours été unilatéral), malgré l'ascite, parce que l'état général n'était pas par trop mauvais, parce qu'il n'y avait jamais eu de douleurs spontanées dans le ventre, etc.

Mais, à l'examen de la pièce enlevée à droite, on a reconnu qu'on avait affaire à un néoplasme bénin, à un *fibrome de l'ovaire* présentant quelques petits kystes, ce qui n'est pas rare, et deux sortes d'altérations plus curieuses, à peine signalées dans les fibromes purs : 1º des points de *dégénérescence graisseuse;* 2º des *infiltrations sanguines*, disséminées un peu partout, qui s'expliquent par la rupture ancienne de quelques-uns des nombreux vaisseaux qu'on rencontre presque toujours à la périphérie des gros fibromes.

Le premier de ces deux phénomènes semble indiquer qu'en réalité le début de la tumeur remontait à une époque assez avancée et qu'il avait échappé à la malade ; on n'observe guère, en effet, cette transformation que dans les fibromes anciens. Il est vrai que le second plaide en faveur d'une évolution à marche assez rapide.

Ajoutons, en outre, que la néoformation, remarquable par son volume à droite, était, des deux côtés, un fibrome ovarique, c'est-à-dire une lésion relativement rare, puisque sur 100 tumeurs de cet organe, on n'en trouve qu'une ou deux de cette nature, affirment les classiques.

Au point de vue des suites opératoires, mentionnons l'issue du liquide ascitique pendant plusieurs jours par la plaie au niveau de l'ombilic. En ce point, la réunion n'ayant pas pu avoir lieu par première intention, la cicatrisation y a été lente et s'est effectuée dans de mauvaises conditions. Il en est résulté une cicatrice défectueuse, peu solide. La peau, tiraillée à ce niveau, s'est amincie, si bien qu'elle est presque transparente. Ceci montre quels soins minutieux on doit prendre pour faire la suture de la plaie abdominale, dans les cas où il y a de l'ascite et de l'œdème ; il nous semble qu'il ne serait peut-être pas superflu de recourir aux précautions mises en usage par M. Terrier pour les sutures de la paroi du ventre, lors de la castration pour grosses tumeurs utérines (1).

En résumé, nous venons de rapporter un cas d'ovariotomie double pour fibromes des deux ovaires (le plus volumineux néoplasme présentant des *adhérences intestinales et épiploïques* étendues), chez une femme TRÈS AGÉE, *amaigrie*, que l'opération a radicalement guérie et qui allait succomber sous peu, malgré la *bénignité histologique* de sa tumeur.

Il est consolant de voir que, si le diagnostic n'a pu être complètement posé, une intervention faite dans de mauvaises conditions, mais avec des précautions antiseptiques minutieuses, a cependant été couronnée par un beau succès, qui sera durable.

(1) Voir discussion à la *Société de Chirurgie*, mai 1888.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE TEMPÉRANCE. — Cette société a tenu sa séance solennelle le 10 juin 1888, sous la présidence de M. Jules Simon, sénateur, assisté de M. Dujardin-Beaumetz, de l'Académie de Médecine, Président de la Société. Après avoir entendu l'allocution de M. le Dr Dujardin-Beaumetz, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre, par M. le Dr A. Motet, l'éloquent discours de M. Jules Simon, le rapport de M. Decaisne et celui de M. Guignard, sur les récompenses, la Société a décerné : Une médaille de vermeil à M. le Dr Emile Monin et à M. le marquis Jacques Turgot. — Une médaille d'argent à MM. les Dr Daviller et Lardier des Vosges. — 280 diplômes de membre associé honoraire ; — 47 médailles d'argent ; — 314 médailles de bronze ; — 343 diplômes de témoignage de satisfaction ; — 25 livrets de Caisse d'épargne postale d'une importance totale de 285 fr., avec diverses publications de la Société et 2,000 exemplaires de l'*Avis de l'Académie de médecine* sur les dangers de l'abus des boissons alcooliques.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Les traitements de la rétroversion de l'utérus.

Dans un précédent numéro (1) nous avons indiqué les *opérations sanglantes* proposées pour guérir la rétroversion utérine. Nous allons en dire quelques mots aujourd'hui.

Nous ne voulons pas insister ici sur les indications de l'*opération d'Alexander*, qui ne peut s'appliquer que dans les cas où l'utérus est extrêmement mobile et facile à redresser; cette opération, indiquée par Alquié, de Bordeaux, en 1840, exécutée par Alexander, de Liverpool (2) et depuis lui par Munde, en Amérique, et par plusieurs autres chirurgiens fut défendue et exécutée en France par Doléris, puis par MM. les professeurs Duplay, Lefort, par M. Bouilly, qui l'a exécutée plusieurs fois et l'a maintenant presque entièrement abandonnée. Cette opération consiste à faire parallèlement à l'aine une incision de 10 centimètres environ et à aller rechercher les filets d'insertion du ligament rond, pour les tirer au dehors, pendant qu'une main exercée repousse par le vagin et le rectum le corps de l'utérus refoulé en haut et en avant vers sa place normale; puis à fixer la portion du ligament ainsi attirée vers l'extérieur et à pratiquer ensuite cette opération sur le ligament, du côté opposé. Cette opération est diversement jugée par les auteurs, au point de vue de la difficulté opératoire. Pour M. Beurnier, qui a disséqué un certain nombre de ligaments ronds, ce temps de l'opération serait facile; il a aussi étudié le degré de résistance du ligament et la traction qu'on peut lui faire supporter; il semble résulter de ses recherches que, à condition que la main vaginale remplisse habilement sa fonction de relever l'utérus, on ne doit pas craindre la rupture des ligaments. Les statistiques des auteurs, au point de vue de la mortalité, sont favorables : 1 décès sur 124 cas dans le travail de Manrique. Quant aux succès définitifs, ils varient avec les opérateurs; Alexander cite 27 succès connus sur ses 37 opérations et 10 résultats inconnus. MM. Duplay, 2 succès sur 2 opérations; Doléris sur 21 cas a aussi de nombreux succès (3), mais il insiste sur des considérations de statique utérine qui nous forcent à rapporter plus loin ses opinions.

Pour ce qui concerne la guérison de la rétroversion par *reconstitution du plancher pelvien*, il s'agit, dans cette opération, de refaire ce qui a été détruit. C'est une opération plastique qui s'efforce de reconstituer la nature. Elle est applicable dans tous les cas où la destruction du plancher, la rupture du périnée ou du vagin a été la cause de la rétroversion utérine; or, nous avons vu à l'étiologie que c'était là une cause fréquente, et il ne s'agit pas seulement de la déchéance complète du périnée ni de la destruction de la cloison recto-vaginale donnant lieu à un vaste cloaque; il s'agit de ruptures même peu étendues du périnée où quelquefois la peau n'a pas cédé, mais où les muscles surdistendus ont perdu leurs propriétés de tissus; souvent il n'y a pas lésion apparente, mais la face postérieure du vagin est flasque, molle, et bientôt il se forme une rectocèle. Enfin il peut y avoir persistance du périnée inférieur, mais plus haut les muscles de la paroi ont cédé et ont ainsi relâché le support de l'utérus. On a recours à la périnéorrhaphie, et si c'est le vagin qui a cédé à la colporrhaphie, ces deux opérations peuvent être nécessaires indépendamment l'une de l'autre; plus souvent elles se combinent et constituent la colpopérinéorrhaphie.

La malade ayant été préparée pendant les jours qui précèdent l'opération, purgée, soigneusement baignée et soumise à une asepsie locale aussi parfaite que possible; on l'anesthésie au chloroforme, puis on commence l'opération; si ainsi que cela a lieu dans la plupart des cas, le col est déchiré, on avive les bords de la déchirure et on fait au catgut sublimé les sutures du col, puis on pratique au bistouri d'abord et aux ciseaux ensuite l'avivement d'un triangle à base inférieure et à sommet supérieur, et on fait sur le périnée extravaginal trois fortes sutures; puis sur le reste du triangle on place une série de points de suture avec le catgut ou crin de Florence très antiseptique; on saupoudre ensuite la région, au moyen du pulvérisateur, avec de l'iodoforme porphyrisé et l'on couche la femme dans le décubitus dorsal, en ayant soin d'entraver ses jambes avec des serviettes et de la surveiller jusqu'au réveil; il convient de la sonder deux à trois fois par jour pendant cinq ou six jours consécutifs et de la constiper légèrement avec de l'opium; au bout de ce temps, on obtiendra une selle avec une faible dose de calomel, 25 à 30 centigrammes, et, vers cette époque, on pourra retirer les fils.

Il est quelques points du manuel opératoire sur lesquels nous désirons insister, c'est d'abord l'usage d'eau qui a été bouillie et que l'on emploie à 45°, ce qui assure l'antisepsie ou plutôt l'asepsie de la plaie et en même temps l'hémostase; cette région, très riche en capillaires, saigne énormément et l'usage de l'eau très chaude arrête cette hémorrhagie et permet d'opérer presque facilement; mais, pour ce faire, il faut opérer sous un courant d'eau bouillie et ramenée à 45° projeté presque constamment sur la région opératoire.

L'opération est singulièrement facilitée par l'emploi de quelques instruments spéciaux, tels que l'aiguille courbée sur le plat, etc.

La périnéorrhaphie peut être inutile quand la peau et les muscles inférieurs n'ont pas cédé, et alors on ne pratiquera que la colporrhaphie postérieure. Dans ce cas, l'emploi du spéculum de Sims sera obligatoire, et en écartant fortement en haut la paroi antérieure, le chirurgien aura sous les yeux et sous les doigts la face postérieure du vagin, il avivera un losange plus ou moins grand de muqueuse suivant l'étendue de la rectocèle, en ayant eu soin au préalable de faire l'asepsie méthodique du vagin en lavant sous un courant d'eau chaude, avec le doigt, les coins et les recoins de la muqueuse vaginale et du cul-de-sac.

Le losange avivé, il fera des sutures au catgut, ou au crin de Florence, en série linéaire, en ayant toujours soin d'opérer sous le courant d'eau bouillie portée à 45°; il pulvérise ensuite l'iodoforme, bourre modérément le vagin de gaze iodoformée et entrave la femme pendant 5 à 6 jours comme pour la périnéorrhaphie complète

(1) Voir *Progrès médical*, n°s 22 et 23, 1888.
(2) Beurnier. — *Gazette des hôpitaux*, loc. citato; et th. de doct.
(3) Congrès de Washington. — *New-York medical journal*, oct. 1887, p. 384 et *Progrès médical*, 1887.

Enfin, quelques auteurs ont préconisé la combinaison des deux moyens, colpopérinéorrhaphie et opération d'Alexander. C'est là l'opération dont Doléris se déclare le partisan ; et il invoque, en faveur de son opinion, qu'il rétablit ainsi tous les moyens normaux de fixité de l'utérus, les ligaments qui ont été distendus par les grossesses et qu'il ramène à jouer leur rôle de soutiens antérieurs, le plancher pelvien auquel il tend de plus en plus à accorder le principal rôle.

Nous voyons que les chirurgiens, qui se sont le plus occupés de cette question et qui ont peut-être opéré le plus de femmes atteintes de rétroversions incoercibles, tendent à accorder le premier rôle à la reconstitution du plancher pelvien. M. Bouilly, allant même plus loin que M. Doléris, a à peu près abandonné l'opération d'Alexander.

Quoi qu'il en soit, M. Doléris, au Congrès de Washington (1), puis au Congrès de chirurgie de Paris (2) conclut de 30 opérations pratiquées par lui que l'opération plastique seule, de même que l'opération d'Alexander, est insuffisante dans les déviations utérines accompagnées de leurs complications habituelles; que chez la plupart de ses malades atteintes en même temps d'allongement hypertrophique du col, de relâchement des parois vaginales, de déplacement et de hernie de la vessie et du rectum, de lacération du périnée, il a dû combiner heureusement les deux opérations : rétablir le plancher pelvien par une périnéorrhaphie et des colporrhaphies ; puis attirer le fond de l'utérus en avant au moyen des ligaments ronds raccourcis par l'opération d'Alexander ; enfin, il fait porter à l'opérée un pessaire de Hodge pendant quelques mois comme adjuvant à l'opération et sur ses 30 opérées il compte autant de succès dans ces conditions.

Nous devons dire maintenant, avant de terminer, quelques mots sur des opérations présentées depuis peu, et dont on ne connait encore que des résultats immédiats. Chaque semaine, les journaux allemands de gynécologie parlent d'une nouvelle opération ; on comprendra que nous ne pouvons entrer dans des détails complets sur des opérations, très graves pour la plupart, qui font l'objet d'un article de leur auteur avec quelques faits immédiats à l'appui, faits desquels on n'entend plus parler, et méthodes qui ne sont appliquées que par ces auteurs, quel que soit leur mérite, que pour être bientôt remplacées par d'autres qui durent aussi peu.

C'est ainsi que Sänger (3) disant que dans 20 0/0 des cas de rétroversion le redressement par les pessaires est impuissant à amener la guérison, reprend l'idée de Kœberlé qui, en 1877, voulait fixer l'utérus à la paroi abdominale ; opération qui fut également préconisée par Muller (1878), Schulze (1880), Olshauser (1885) et porta le nom d'*hystérorrhaphie*. Elle consiste à faire la castration double après avoir pratiqué la laparatomie et à fixer les deux pédicules à la plaie abdominale. Sänger fixe les deux cornes utérines à la plaie abdominale et nomme cette opération : *Ventro fixatio uteri retroflexi*. Il a opéré 7 femmes avec succès au moyen de cette méthode.

Klotz (1), Léopold (2), proposent des manuels opératoires un peu différents pour une opération analogue. Enfin, Schücking propose la fixation de l'utérus rétrofléchi à la voûte antérieure du vagin, au moyen de l'adhérence séreuse de la paroi antérieure de l'utérus à la partie la plus profonde du cul-de-sac péritonéal utéro vésical, en favorisant l'agglutination de la paroi du corps et du col utérin (3).

On comprendra d'autant plus que nous insistons peu sur la valeur de ces manœuvres chirurgicales qu'elles substituent à une opération relativement simple et bénigne, la périnéorrhaphie, laquelle donne une très faible mortalité, ou même la périnéorrhaphie accompagnée d'opération d'Alexander, une opération grave qui entraîne la laparotomie, ou au moins, comme dans l'opération de Schücking, une intervention sur le péritoine. Quoique l'antisepsie moderne ait rendu ces opérations moins périlleuses, il n'en est pas moins vrai qu'on fera préférer difficilement à un chirurgien soucieux de la vie de ses malades, une opération qui commence par ouvrir le ventre, enlever les deux ovaires, pour fixer l'utérus dans une situation qui rappelle la situation normale de plus ou moins loin. Ne vaut-il pas mieux une opération extérieure, la périnéorrhaphie, qui a modestement pour but de ramener le plus possible les organes dans leur situation normale! Blanche Edwards.

(1) Doléris. — *Congrès de Washington*, in *N.-Y. med. Journ.*, oct. 87, p. 384.

(2) Doléris. — *Congrès de chirurgie de Paris*, 1888, in *Progrès médical*, mars 1888.

(3) Sänger. — *Uber operativ. Behandlung der Retroversio flexio uteri*; in *Centralblatt fur Cynœk.*, 1888, n° 2 et 3.

Id. *Zur Ventro fixatio des retroflektiren Utérus*; in *Centralblatt fur Gynœkologie*, 1888, n° 7.

Id. *Arch. de Tocologie*, février 1888.

(1) Klotz. — *Die operativ Behandlung der Retroflexio uteri fixati. Centralblatt fur Gynaekol.*, 1888, n° 5.

(2) Léopold. — *Uber die Annahung der retroflektiren Gebärmutter. Centrablatt fur Gyneakologie*, 1888, n° 11.

(3) Nous reviendrons sous peu sur ces dernières opérations et essaierons de montrer, en les étudiant avec détails, quelle est leur valeur réelle. (*N. de la R.*).

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Nous avons publié précédemment (n° 16, p. 313, n° 20, p. 405), le rapport de M. Ch. Floquet, indiquant les motifs de la création du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; — le décret nommant les *membres de droit* de ce conseil ; — le décret nommant une seconde catégorie de membres nommés pour six ans, renouvelables par moitié tous les trois ans ; — le décret du 11 mai nommant cinq nouveaux membres (4). Toutes les personnes qui s'occupent un peu des questions d'assistance publique et d'organisation hospitalière avaient été surprises, et avec juste raison, de ne pas voir figurer dans ce Conseil le directeur de l'Assistance publique de Paris, qui, en raison de sa situation, est assurément en mesure de pouvoir, à chaque instant, fournir à un tel Conseil des renseignements très intéressants. Nous nous sommes permis de faire part à M. Floquet de la surprise causée par cette omission. Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, de son côté, dans sa séance du

(4) M. Léon Bourgeois, député de la Marne; — M. E. Rousselle, président de la commission de l'Assistance publique au Conseil général de la Seine ; — M. Strauss, conseiller municipal de Paris ; — M. Cheysson, ingénieur en chef des ponts et chaussées, membre du conseil supérieur de statistique ; — M. Deroisin, maire de Versailles ; — M. H. Maze, sénateur, en remplacement de M. Naquet.

26 avril, avait émis le vœu que le Directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris fut appelé à faire partie du conseil supérieur de l'Assistance publique de France.

Malgré cela, et pour des raisons qui n'en étaient pas, M. le Directeur de l'Assistance publique était maintenu en dehors du Conseil. M. le Ministre de l'intérieur, mieux renseigné, croyons-nous, par quelques-uns de ses collègues de la Chambre sur les motifs de l'exclusion du Directeur de l'Assistance publique de Paris, a proposé le 11 juin, à la signature de M. Carnot, le décret ci-après :

Art. 1er. — M. Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

Le Conseil se trouve donc composé *à l'heure actuelle* de : 10 *membres de droit*; de 55 *membres nommés par décret* et du ministre de l'intérieur, *président*, total : 66 membres. Nous n'avons pas formulé jusqu'ici d'opinion sur cette création et nous ne le ferions pas encore aujourd'hui si, il y a une quinzaine de jours, nous n'avions été provoqué à la faire connaître en quelque sorte officiellement, et nous avons profité de l'occasion pour signaler de nouveau le mauvais effet produit par l'exclusion du Directeur de l'Assistance publique de Paris.

Nous estimons que dans les Conseils de ce genre: Conseil supérieur de l'Assistance publique, Comité consultatif d'hygiène, Comité consultatif des arts et manufactures, etc., etc., *il ne devrait pas y avoir des membres de droit*, mais que toutes les personnes, qui ont été nommées en vertu de leurs fonctions, pourraient être autorisées à assister aux séances, avec voix consultative, chaque fois que les Conseils le jugeraient nécessaire. Les membres de droit sont naturellement enclins à soutenir les actes et les propositions de leur collègue administratif et ne peuvent que gêner l'indépendance des véritables membres du Conseil.

La seconde remarque que nous avons à présenter porte sur le nombre, quelque peu exagéré des membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique et sur son mode de fonctionnement (2 sessions par an). Nous pensons qu'au lieu d'un grand conseil qui discutera académiquement les questions relatives à l'Assistance publique, à des intervalles éloignés, il aurait été préférable de constituer un *Comité d'action*, composé de 12 à 15 membres, se réunissant chaque semaine, et d'exiger de ce comité, à la fin de chaque séance, une solution pratique.

En procédant ainsi, M. le ministre de l'intérieur aurait été certain, quelque court que fut son passage au ministère — et personnellement nous le souhaitons le plus long possible, — de le marquer par un certain nombre de réformes utiles et d'une réalisation immédiate. Il est bien à craindre que l'organisation adoptée n'ait pour but d'ajourner la réalisation de toute réforme et de justifier aux yeux du public le défaut d'action de l'Administration. Nos lecteurs trouveront plus loin le compte rendu de la première séance du Conseil supérieur de l'Assistance publique ; nous faisons les vœux les plus sincères pour que les craintes que nous exprimons plus haut soient démenties d'une façon absolue par les faits et que l'*action* l'emporte sur la *parole*. B.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juin 1888. — Présidence de M. Janssen.

M. Brown-Séquard montre que, *sous l'influence de la gravitation, les centres appelés moteurs et les autres parties d'une moitié de l'encéphale peuvent déterminer des mouvements dans chacune des moitiés du corps.* Ainsi, par exemple, la zone motrice corticale qui devrait, d'après les doctrines ayant cours aujourd'hui, ne donner lieu qu'à des mouvements des membres du côté opposé à celui de l'irritation, peut, suivant la position de la tête, faire mouvoir un ou deux membres, soit à gauche, soit à droite. La zone motrice de chaque côté du cerveau a donc la puissance de produire des mouvements dans les quatre membres et non, comme on le croit, seulement dans ceux du côté opposé à l'irritation : suivant les circonstances, il y a des mouvements d'un seul ou des deux membres, tantôt du côté opposé, tantôt du côté correspondant. La section du nerf sympathique cervical, laquelle, comme la gravitation, amène un changement dans la quantité de sang d'une moitié du cerveau, n'a que rarement une influence analogue. Ce n'est pas, du reste, seulement la zone corticale qui est modifiée par la gravitation : l'encéphale tout entier peut changer aussi d'une manière très notable ; l'irritation d'un même point de la capsule interne ou de la base encéphalique n'a plus le même résultat quand on modifie la position de la tête. La gravitation détermine encore d'autres effets: elle peut faire disparaître ou réapparaître des contractures. — M. Brown-Séquard montre, en terminant, que les pyramides antérieures ne sont aucunement nécessaires à la transmission des incitations nerveuses motrices provenant d'une partie quelconque de l'encéphale : la transmission se fait également après la section des pyramides.

M. Bouchard signale l'*élimination par les urines, dans les maladies infectieuses, de matières solubles, morbifiques et vaccinantes.* Il rappelle qu'en 1884 il a démontré que l'injection à un lapin des urines filtrées de l'homme cholérique détermine une intoxication spéciale reproduisant les symptômes caractéristiques du choléra. Il établit aujourd'hui, pour une autre maladie infectieuse, la maladie pyocyanique, que les urines des animaux infectés emportent non-seulement des poisons solubles, mais même la matière vaccinante soluble. L'injection de ces urines filtrées peut ainsi d'une part reproduire chez les animaux sains quelques-uns des symptômes de la maladie infectieuse et, d'autre part, rendre ces animaux réfractaires à l'inoculation ultérieure de l'organisme pathogène. Les matières solubles, morbifiques ou vaccinantes peuvent donc être fabriquées par les microbes dans le corps des animaux infectés comme elles le sont *in vitro* : ces matières ne restent pas indéfiniment dans le corps des animaux infectés, mais elles peuvent s'éliminer en partie au moins par la sécrétion urinaire.

M. Charrin étudie les *conséquences tardives de l'infection.* Il montre, à propos des paralysies déterminées par la maladie pyocyanique, que le microbe peut avoir complètement disparu et que cependant les troubles fonctionnels peuvent persister et s'aggraver : c'est que les cellules nerveuses ont été irritées à une certaine période par le microbe lui-même ou par ses sécrétions. Il en est encore de même pour l'albuminurie pyocyanique : l'agent infectieux peut disparaître, mais les cellules rénales lésées par lui ou ses sécrétions continuent à évoluer dans un sens pathologique. C'est d'après ce même mécanisme que, chez un homme, on peut supprimer le plomb ou l'alcool sans arrêter la marche de la sclérose, qu'on voit s'établir une néphrite ou une paralysie à la suite d'une scarlatine achevée ou d'une diphtérie terminée.

MM. Langlois et Ch. Richet font connaître l'*influence de la température organique sur les convulsions dues à la cocaïne.* Plus la température de l'animal est élevée, plus la dose nécessaire aux convulsions est faible. Tout se passe comme si l'élévation de la température organique rendait

le chien de plus en plus apte à la convulsion, en surexcitant les propriétés toxiques, c'est-à-dire chimiques, du poison sur les centres nerveux. D'une part, la cocaïne élève la température de l'animal avant de provoquer des convulsions: d'autre part, cette élévation thermique est une cause adjuvante des convulsions. Les convulsions à leur tour élèvent encore la température, ce qui les rend de plus en plus violentes. Il y a donc là comme un cercle vicieux qu'il faut briser sous peine de voir périr l'animal: or, le seul moyen d'empêcher sa mort, c'est de le refroidir. Ce même cercle vicieux redoutable existe sans doute dans beaucoup de maladies où les auto-intoxications jouent un rôle si important. La température fébrile accroît la sensibilité de l'organisme aux poisons et l'empoisonnement de l'organisme est lui-même une cause d'élévation de la température. La réfrigération semble donc être une méthode générale apte à diminuer les effets des substances toxiques convulsivantes.

M. Emile Berger indique les résultats de ses recherches sur *les troubles oculaires dans le tabes dorsal*. Ces recherches ont porté sur 109 malades (47 0/0 étaient syphilitiques). Parmi ces troubles, M. Berger signale la diminution de la tension intra-oculaire: cette hypotonie, qui se présente parfois d'un seul côté, se montre le plus souvent dans la période paralytique. Un autre symptôme, jusqu'ici peu observé, consiste dans une paralysie des fibres musculaires lisses des paupières, fibres animées par le grand sympathique: il en résulte un léger rétrécissement de l'ouverture palpébrale. Le myosis coïncide avec cette diminution de l'ouverture palpébrale: la fréquence de la chute de la paupière augmente progressivement du commencement jusqu'à la période paralytique. M. Berger a découvert un autre symptôme: c'est la déformation de la pupille, laquelle cesse d'être circulaire pour devenir elliptique; il l'attribue à une paralysie des vaisseaux de l'iris. La coexistence de ces divers troubles rappelle les symptômes analogues qui apparaissent après la section du grand sympathique. Elle démontre que ce nerf joue un rôle dans l'apparition de certains symptômes oculaires dans le tabes: les élèves de Vulpian ont, du reste, trouvé des altérations anatomo-pathologiques dans le grand sympathique des tabétiques. Mais la possibilité que chacun de ces symptômes se présente seul est une preuve que le nerf n'est pas la cause, mais la voie de transmission d'irritations venant de la moelle épinière à l'œil.

M. Macé décrit les caractères des *cultures du Cladothrix dichotoma*, bactérie filamenteuse abondante dans les eaux douces ou saumâtres et inoffensive pour l'homme et les animaux. Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 2 juin 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Gley, à propos de la communication de M. Lemoine faite dans la dernière séance sur l'action de la strophantine, dit que les résultats qu'il a obtenus ne concordent pas avec ceux de cet auteur; il n'a jamais, en particulier, observé de polyurie; peut-être le strophantus renferme-t-il plusieurs alcaloïdes?

M. Bouchard rappelle qu'il a démontré, en 1883, qu'en injectant à des lapins les urines filtrées de l'homme cholérique, on déterminait chez cet animal une intoxication absolument analogue au choléra lui-même. De nouvelles recherches, il résulte qu'en ce qui regarde la maladie pyocianique les urines sont capables d'entraîner avec elles une substance soluble susceptible de reproduire en partie la maladie elle-même. De plus, elles renferment une matière vaccinante soluble qui, injectée aux animaux, les rend réfractaires à l'inoculation ultérieure du microbe spécifique. (Voir *Acad. des Sciences*).

M. Grancher a fait une série d'expériences desquelles il résulte que les vapeurs d'acide fluorhydrique ont une action nulle sur le développement ultérieur de la tuberculose expérimentale. Huit animaux ont été inoculés, quatre avec une culture de tuberculose diluée dans l'eau stérilisée, quatre avec une culture sur laquelle on avait fait agir les vapeurs d'acide fluorhydrique; les seconds sont morts quatre jours seulement après les premiers. Il est donc difficile d'espérer atteindre avec cet acide, au plus profond de l'organisme, le bacille tuberculeux.

M. Daremberg n'a rien obtenu du traitement fluorhydrique; les crachats rendus ne sont jamais acides, ce qui prouve le peu de pénétration de cet agent.

M. Charrin présente les reins d'animaux ayant succombé après l'inoculation du bacille pyocyanique. On y constate les lésions les plus diverses: sclérose, dégénérescences amyloïde et épithéliale, infarctus, hémorrhagies, etc. Cela prouve que les maladies infectieuses sont susceptibles de produire, sur ce même organe, les lésions les plus variées, ce que l'on observe, par exemple, pour les déterminations rénales de la scarlatine.

M. d'Arsonval remet une note de M. Charpentier (de Nancy): *Acuité visuelle et dynamoréine*; M. Regnard, une note de M. Coudrart (de Lyon): *Contribution à l'étude physiologique du pneumogastrique chez les vertébrés inférieurs.*

Election. — M. Roger est élu membre de la Société.

Séance du 9 juin. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. Lemoine (de Lille) a toujours observé un effet diurétique très marqué du Strophantus hispidus. Non seulement cet effet existe pendant l'administration du médicament, mais il continue encore pendant les 15 jours qui en suivent la cessation. Peut-être la strophantine qu'il a peu expérimentée n'a-t-elle pas de propriétés analogues, ou tout au moins aussi marquées?

M. Brown-Séquard, parlant du rôle de l'inhibition dans les paralysies, dit que, par le cerveau comme par la moelle, l'action locale disparait devant l'action irritative à distance. Cet ainsi que personne ne croit que le cervelet soit moteur, et cependant les lésions du cervelet déterminent certainement des paralysies motrices.

M. Torngren (d'Helgingfors) a étudié les voies qu'empruntent les substances contenues dans l'eau de l'amnios pour retourner dans la circulation maternelle. Ces expériences ont été faites dans le laboratoire de M. Straus. « Dans quatre expériences sur des lapines pleines, dit l'auteur, j'ai injecté un ou deux grammes d'une solution d'iodure de potassium à 25 0/0 dans le liquide amniotique. Après 45 minutes j'ai pu déceler la présence de l'iode: 1° dans l'urine de la mère; 2° chez les fœtus retirés des œufs injectés; 3° dans leurs placentas; 4° dans leurs membranes; 5° dans les liquides amniotiques provenant des œufs où on n'avait pas fait d'injections; 6° tout au plus une trace d'iode dans le fœtus de ces derniers œufs; 7° une trace également dans leurs placentas; mais, dans leurs membranes, l'iode faisait absolument défaut.

Dans deux expériences j'ai fait pénétrer directement de l'iodure de potassium dans l'estomac du fœtus, au moyen d'une sonde introduite par la bouche pendant qu'il conservait tous ses rapports avec la mère.

Dans ces expériences, je pus déceler la présence de l'iode en très petite quantité dans l'urine de la mère; au bout d'une heure vingt-cinq minutes, il y en avait dans les organes du fœtus et dans son placenta.

Ces deux expériences prouvent qu'il y a une absorption par l'estomac du fœtus, mais qu'elle ne s'opère pas très rapidement. On doit en conclure que tout l'iode que j'ai trouvé dans les quatre premières expériences, déjà au bout de 45 minutes, soit dans l'urine de la mère, soit dans les œufs, n'avait pas passé par l estomac des fœtus, mais avait pris une autre voie, c'est-à-dire le placenta ou les membranes.

De plus, il résulte des quatre premières expériences que l'iodure de potassium passe du sang de la mère dans l'eau de l'amnios par le placenta. Car, dans les œufs non injectés, le placenta et l'eau de l'amnios contenaient cette substance en assez grande quantité, pendant qu'il s'en trouvait tout au plus une trace dans les organes du fœtus. Si on ajoute

que l'on n'a jamais pu mettre en évidence cette substance dans les membranes de ces mêmes œufs, on a la preuve que l'iode a passé, en majeure partie, directement par le placenta dans le liquide amniotique.

M. Quinquaud dépose une note de M. Œschner (de Cowinck) sur le dosage de l'*azote total des urines*. M. d'Arsonval dépose une note de M. Charpentier sur l'*intensité des perceptions lumineuses*.

Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

Election d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale. — Votants : 74. Majorité : 38. Au premier tour de scrutin, M. Damaschino, est élu par 55 voix, contre M. Cadet de Gassicourt, 17 ; M. Dieulafoy, 2. M. Bergeron lit une lettre de M. Arloing, intitulée : *Remarques au sujet d'une communication de M. Widal sur la septicémie puerpérale.* M. Arloing déclare que les idées de M. Widal sur l'identité des formes de l'infection puerpérale, ont été soutenues à Lyon, depuis plus de quatre ans : ces formes sont attribuées à l'activité plus ou moins grande du micrococcus septicus puerperalis ; quant à l'analogie existante entre le streptocoque de l'infection puerpérale, celui de l'érysipèle et de la suppuration, M. Arloing l'a entrevue après M. Chauveau, et en même temps que M. Fraenkel, en 1884.

M. Guérin estime qu'il est toujours possible de distinguer entre eux les divers accidents qui ont été compris sous la dénomination de fièvre puerpérale, à une époque où l'infection purulente et l'infection putride, étaient moins bien connues. M. Guérin n'admet pas que l'infection purulente puisse se transmettre par la voie respiratoire, mais pense que l'infection purulente et l'érysipèle ont la même origine.

M. Lancereaux présente un jeune homme, âgé de 21 ans, ancien marin, métis de blanc et de nègre, parfaitement constitué, et atteint de cette affection, caractérisée par la *filaire hématique.* Lorsqu'il entra à la Pitié, ses urines étaient chyleuses et sanglantes. Ce malade avait habité antérieurement les Antilles ; et, comme il présentait dans les aines des tuméfactions ganglionnaires molles, M. Lancereaux songea à la filaire hématique. L'examen du sang, fait avec soin par M. Pilliet, interne du service, permet ainsi de constater la présence de plusieurs filaires. D'après les travaux de Patrick Mauson, l'évolution de la filaire du sang humain s'opère de la façon suivante : par l'intermédiaire du sang ; par le moyen des culex (moustiques ou maringouins) ; par l'eau. — Au sortir du sang humain, la filaire se développe dans l'estomac du culex qui l'a sucée. Après la mort du moustique, la larve plonge dans l'eau et pénètre dans le tube digestif, en même temps que l'eau de boisson.

M. Bucquoy a observé, il y a plusieurs années, une malade de l'île Maurice atteinte d'une adénite inguinale et du creux poplité. Cette adénite s'accompagna rapidement d'accidents cérébraux et de douleurs articulaires. Cette malade avait conscience de la gravité de son état, déclarait même que sa maladie était fréquente à l'île Maurice et prévoyait ainsi sa mort très prochaine. Le surlendemain, en effet, elle succombait.

M. Le Roy de Méricourt a observé dans les colonies des lymphadénies fort graves, n'impliquant nullement la présence d'un parasite.

M. Albert Robin a observé deux cas de chylurie ; dans ces deux cas, la chylurie et la présence des filaires dans le sang ne se produisaient que lorsque le malade était couché sur le dos.

M. Le Roy de Méricourt ne connaît aucun traitement de la filaire du sang ; aussi, le malade de M. Lancereaux ne saurait mieux faire que rester en Europe, les affections parasitaires des pays chauds s'atténuant dans nos pays.

M. Marty poursuit la lecture de son rapport sur le plâtrage des vins, qu'il résume dans les conclusions suivantes : 1° Les documents relatifs à l'enquête faite à l'Ecole nationale d'Agriculture de Montpellier ne paraissent pas, à la commission, de nature à infirmer les résultats de l'enquête générale ordonnée en 1884, par M. le ministre du commerce ; 2° Les renseignements et les faits analysés dans le présent rapport démontrent que le plâtrage exagéré exerce sur la santé publique une influence fâcheuse ; 3° Se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, la commission ne peut approuver, en principe, le plâtrage des vins ; 4° Cependant, préoccupée des nécessités de la production et du commerce, et tenant surtout compte de l'intérêt des consommateurs, qu'il serait imprudent, par une mesure trop absolue de priver, dans certaines années, de vins que seul, jusqu'à ce jour, le plâtrage paraît propre à conserver ; 5° Considérant que si le sulfate de potasse se rencontre normalement dans les vins purs, il n'y existe jamais dans une proportion supérieure à 6 décigrammes par litre, ainsi que l'analyse permet de le constater ; qu'il n'est pas clairement démontré que jusqu'à la dose de 2 grammes par litre de vin, le sulfate de potasse introduit par le plâtrage, ait une action nuisible sur la santé, mais qu'il est indispensable de fixer la limite maxima de sulfate de potasse qui peut, sans danger sensible, être introduite dans le vin par le plâtrage, émet l'avis que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que jusqu'à la limite maxima de 2 grammes par litre. En outre, la commission exprime le vœu que la circulaire de M. le garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 27 juillet 1880, reçoive une application effective.

A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 8 juin 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Gilbert Ballet a pu, particulièrement dans trois cas dont il donne l'exposé à la Société, étudier un mode particulier de réaction de la moelle sous l'influence d'une excitation partie d'une ou de plusieurs articulations. On connaît déjà la contracture ou encore la paralysie amyotrophique qui peuvent être la conséquence des lésions articulaires. M. Ballet démontre qu'à la suite d'altérations articulaires il peut se manifester du *spasme musculaire.* Dans la première observation, les spasmes localisés dans le membre supérieur droit chez une femme de 61 ans survinrent brusquement, se reproduisant fréquemment sous forme de crises d'une durée d'une à deux minutes. Chez cette malade il existait du rhumatisme déformant très marqué, surtout dans les articulations de la main droite. Le second malade est un homme de 48 ans qui est affecté de crises spasmodiques des masseters, surtout du gauche ; ces crises ne durent qu'une ou deux minutes. Ce malade a du rhumatisme chronique, surtout marqué aux genoux et dans l'articulation temporo-maxillaire gauche. Enfin, un autre sujet présente de l'arthrite chronique d'une articulation du tarse, et la marche détermine facilement chez lui un spasme du péronier latéral. M. Ballet pense que ces faits peuvent éclairer la pathogénie obscure des *spasmes fonctionnels* de Duchenne et surtout qu'il est très important de bien les interpréter au point de vue du traitement causal, si utile en pareil cas.

M. Millard montre un malade âgé de 55 ans, grand alcoolique et absinthique, ayant eu souvent des crises épileptiformes. Il présente sur tout le corps, mais particulièrement sur le tronc un assez grand nombre de petites tumeurs sous-cutanées arrondies, ayant la consistance de petits fibromes. L'examen du contenu d'une de ces tumeurs en voie de suppuration montra des cysticerques nombreux ; il s'agit donc d'un cas de type de *ladrerie.* Le malade ayant eu autrefois le tœnia, on peut se demander si on n'a pas affaire à un cas d'autoinfection comme on en a déjà signalé plusieurs. Quant aux accidents cérébraux, faut-il les rattacher aussi à des cysticerques latents ? — M. Sevestre a vu cette particularité (cysticerques dans les méninges) dans un cas suivi rapidement de mort ; le diagnostic n'avait pu être fait.

M. Debove a eu l'idée très ingénieuse de traiter les diarrhées chroniques par une poudre inerte, *le talc pulvérisé,* dont il a

pu faire prendre aux malades jusqu'à 600 gr. sans aucun inconvénient, la dose moyenne étant de 200 gr. Par cette méthode et sans qu'il en résultât aucune espèce d'inconvénients, M. Debove a pu remplacer la diarrhée persistante des tuberculeux à ulcérations intestinales par de la constipation ; bien plus, il a pu ainsi leur faire parfaitement supporter du lait et même de fortes doses d'huile (jusqu'à 500 gr. en 24 h.).

M. Ducastel a étudié l'*angine syphilitique précoce* qui accompagne souvent la roséole. Débutant par le voile du palais, ainsi que l'avait dit Lasègue, elle se présente sous forme d'une injection générale de la muqueuse, parsemée de très petites nodosités. Plus tard, il y a épaississement de la muqueuse qui peut être par places œdématiée. Cette angine spécifique évolue en plusieurs jours au lieu d'évoluer en quelques heures, ainsi que le font d'ordinaire des angines vulgaires présentant une symptomatologie analogue. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 13 *juin* 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Berger lit une série de rapports sur des communications anciennes. 1° La première a trait à une observation de Van Iterson (de Leyde). Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui présentait sur le moignon de l'épaule une tumeur dont le début remontait à trois mois seulement. Cette tumeur était fixée à l'humérus et paraissait, en outre, adhérente au voisinage des muscles sus et sous-épineux. M. van Iterson porta le diagnostic d'ostéo-sarcome ayant envahi les muscles de l'épaule, et pratiqua l'amputation scapulo-humérale. Quinze jours après l'opération, on pratiqua un premier pansement; la plaie était cicatrisée sans aucune trace de suppuration. Il y a huit ou neuf mois que cette opération a été pratiquée, et une lettre récente de M. van Iterson apprend que la guérison est complète sans trace de récidive. Cette observation est intéressante en ce qu'elle montre l'absence de récidive dans un cas d'ostéo-sarcome de l'épaule ayant envahi les muscles. Il faut donc, pour avoir 95 cas chances de succès, enlever dès le début l'omoplate et ne pas se borner à la simple amputation du bras, qui est presque toujours suivie de récidive.

M. Berger lit ensuite trois rapports sur des communications de M. Rœhmer (de Nancy) à l'appui de sa candidature comme membre correspondant.

I. Le premier rapport a trait à la guérison d'un *kyste hydatique du foie adhérent*, ayant envahi l'abdomen et traité par l'incision simple.

II. La seconde communication a pour titre : « *De la cystotomie sus-pubienne dans le cours de l'hypertrophie prostatique.* — Il s'agit d'un homme atteint de prostatite avec dysurie considérable. Les tentatives de cathétérisme n'avaient abouti qu'à une fausse route, et c'est dans ces conditions qu'il se présenta à M. Rœhmer. Celui-ci, après avoir essayé en vain le cathérisme, pratiqua pendant quelques jours la ponction de la vessie, puis se décida à faire la taille sus-pubienne, avec cathétérisme rétrograde. Il plaça ainsi une sonde à demeure et laissa deux tubes dans la vessie comme on a l'habitude de le faire dans l'opération de la taille sus-pubienne. Le malade ne put supporter la sonde à demeure ; on la lui retira et l'urine passa toute par les tubes de la vessie. C'est alors que M. Rœhmer songea à faire uriner son malade par une fistule sus-pubienne.

A cet effet, il fit construire un canal analogue aux canules à trachéotomie qu'il laissa dans la plaie vésicale. Une fistule ne tarda pas à se former, et l'urine était reçu dans un urinal spécial dissimulé sous les habits du malade.

M. Sédillot est le premier qui ait préparé et pratiqué la cystotomie dans les cas d'hypertrophie de la prostate. L'opération n'aurait été répétée que deux fois depuis lui. La cystotomie est préférable aux tubes à demeure placés dans la vessie par ponction hypogastrique, suivant la méthode de Thompson, et M. Berger croit que l'opération est indiquée, lorsque après ponction de la vessie, on n'a pu pratiquer le cathétérisme. On peut toutefois modifier le manuel opératoire en supprimant la canule et en suttirant les parois de la vessie aux téguments.

III. — La troisième communication de M. Rœhmer a pour titre: *Suture primo-secondaire des plaies*. Le mode de réunion des plaies employé par l'auteur se rapproche des moyens imaginés par Kocher il y a 5 à 6 ans, ou de ceux prônés par Jobert dès 1864. Il consiste à supprimer le drainage et éviter le suintement des plaies. Pour éviter le suintement, Kocher se sert de sous-nitrate de bismuth en suspension dans l'eau destinée au lavage des plaies.

M. Rœhmer opère de la façon suivante. Après avoir lavé la plaie et fait les sutures sans nouer les fils, il place au fond de la plaie un petit morceau de protective et achève de la remplir avec de la ouate antiseptique. Après 26, 33 heures, on enlève les tampons qui éloignent les lèvres de la plaie et on unit les fils des sutures. On fait alors un pansement à l'iodoforme et la réunion se fait sans aucun suintement.

Les résultats de M. Rœhmer n'ont pas toujours été très-satisfaisants; il a eu des accidents, peu graves il est vrai, tels que épanchement de sérosité, abcès, etc., qui ont retardé mais non empêché la guérison. L'avantage de cette méthode serait la suppression du drain qu'on a accusé de provoquer 95 fois la suppuration. Mais cet avantage n'est pas contrebalancé par les nombreux inconvénients de la suture primo-secondaire. D'abord celle-ci nécessite un pansement rapproché de l'opération ; ensuite la seconde partie de l'opération, c'est-à-dire le serrement des fils provoque une douleur telle qu'on est quelquefois obligé de recourir à l'anesthésie; enfin l'enlèvement des tampons peut tirailler la plaie et provoquer un suintement de sérosité sanguinolente. Enfin l'avantage de la méthode est-il réel et peut-on à bon droit accuser le drain de provoquer la suppuration ? C'est que M. Berger ne croit pas; aussi rejette-t-il la méthode, faisant des réserves toutefois pour les plaies anfractueuses, telles que celles résultant d'ablations de tumeurs volumineuses où le suintement est considérable, et l'hémostase difficile à faire.

M. Lucas-Championnière ne voit pas la nécessité de la méthode; il partage les idées de M. Berger. D'après lui le drainage ne retarde jamais la guérison et le drain permet aux liquides qui peuvent se former dans la plaie de s'écouler sans l'intervention du chirurgien. Les plaies de cette façon se réunissent toujours par première intention et si Kocher n'a pas ces résultats, c'est qu'il n'est pas antiseptique; avec les moyens que l'on possède, on peut faire des pansements, car c'est ainsi qu'avec la ouate de tourbe, M. Championnière a fait le premier pansement à des reséqués du genou que 15-22 jours après l'opération. La cicatrice est parfaite, et l'on observe pas trace de suppuration. Avec cette nouvelle méthode de suture primo-secondaire, on perdait donc le bénéfice des pansements rares et on n'aurait pas des cicatrices convenables.

M. Le Dentu, d'accord avec MM. Berger et Lucas-Championnière, désapprouve la méthode. Le drainage est une bonne chose ; il ne faut s'abstenir de drainer les plaies que dans les petites opérations.

M. Richelot a essayé la suture primo-secondaire dans une amputation de l'avant-bras. Un petit épanchement sanguin s'était formé sur les lèvres de la plaie et empêcha la réunion. De plus, le serrement des fils fut très douloureux. La guérison survint chez ce malade au bout d'un temps aussi long que si on avait pansé la plaie.

M. Schwartz fait remarquer qu'en faisant deux opérations au lieu d'une on multiplie les chances d'infection.

M. Quénu fait observer que la méthode peut être bonne dans certains cas. Il rapporte le fait d'un ouvrier qui reçut sur le front un éclat de fonte qui perfora les sinus frontaux. L'hémostase fut très difficile; il recourut alors au tamponnement de la plaie et ce ne fut que le lendemain que la suture fut faite.

M. Le Dentu fait observer qu'il ne faut pas faire de confusion entre une plaie plate et une plaie anfractueuse. Dans ce dernier cas, au lieu de la suture primo-secondaire, on peut employer une méthode mixte, consistant dans la suture superficielle partielle des bords de la plaie et le tamponnement des parties profondes, jusqu'à régularisation de la plaie. Par ce moyen, la guérison est aussi rapide.

M. Berger fait remarquer que les complications survenues chez les malades de M. Rœhmer n'ont pas été graves. Néanmoins il regarde la méthode comme inutile, il préfère le drainage et il reserve le tamponnement pour les plaies anfrac-

tueuses, telles que celles qui résultent d'une résection du maxillaire inférieur.

M. TERRIER présente une *canule à trachéotomie*, dont la partie supérieure du pavillon est très étroite et n'expose pas à la blessure du cricoïde.

M. LE DENTU présente une pièce provenant d'une opération qu'il a faite le matin. C'est une tumeur de la région sus-hyoïdienne. Le malade qui en était porteur est une femme de 71 ans. Le début de la tumeur remonte à un an, elle prédomine à droite, envahit la ligne médiane, mais les muqueuses de la bouche et de la langue sont absolument saines. L'extirpation fut assez simple, la décortation de la tumeur étant facile. Après l'opération, M. Le Dentu s'aperçut que l'os hyoïde faisait défaut au fond de sa plaie et il le chercha au sein de la tumeur. A la partie postérieure de celle-ci, il trouva des traces dures, osseuses, qui probablement sont les débris de l'os hyoïde. M. Le Dentu se demande à quelle tumeur il a eu à faire, et si ce ne serait pas là un cancer de l'os hyoïde ou des parties fibreuses placés immédiatement en avant de l'os hyoïde.

M. QUÉNU fait observer que cette tumeur pourrait bien provenir des arcs banchiaux. MARCEL BAUDOUIN.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'ASSISTANCE PUBLIQUE

Séance du 13 juin 1888. — PRÉSIDENCE DE M. FLOQUET.

M. le président du conseil, ministre de l'intérieur, accompagné de M. Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat, et de M. Pascal d'Aix, secrétaire particulier, a ouvert, le 13 juin 1888, à 4 heures de l'après-midi, la première session du conseil supérieur de l'Assistance publique, institué par un décret de M. le président de la République, en date du 14 avril 1888. Reçu à l'entrée de l'Institution nationale des jeunes aveugles, où s'est tenue cette réunion, par MM. Henri, Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, Emile Martin, directeur de l'Institution, Lefort, Regnard, Napias et Drouineau, inspecteurs généraux des services administratifs du ministère de l'intérieur (section des établissements de bienfaisance), M. le président du conseil est entré dans la salle des délibérations où se trouvaient réunis les membres du conseil supérieur de l'Assistance publique. Etaient présents : MM. Bard, Béquet, Bergeron, Blatin, Bourneville, Brueyre, Buisson, Caubet, Cazelles, Chamberland, Chautemps, Cheysson, de Crisenoy, Cros-Maryvieille, Deroisin, Didiot, Dreyfus-Brisac, Ch. Dupuy, Peyron, Gailleton, Gaufrès, Gerville-Réache, Gestin, Gibert, Hendlé, Henrot, Herbette, Emile Labiche, Labrousse, Sigismond Lacroix, René Laffon, Lardier, Lebon, Magnan, Mamoz, Maréeau, Marjolin, Georges Martin, A.-J. Martin, Martin-Nadaud, Hippolyte Maze, Millard, Mireur, Nicolas, Frédéric Passy, Rochard, Th. Roussel, Rousselle, Siegfried, Jules Simon, Thulié, Tolain, Emile Trélat, Ulysse Trélat, Voisin. S'étaient fait excuser : MM. Brouardel, Pichon, Benjamin Raspail et Paul Strauss.

Après avoir déclaré la session ouverte, M. le président du conseil des ministres a prononcé le discours suivant :

Messieurs,

En constituant cette commission supérieure de l'Assistance publique, en appelant à la former les hommes les plus distingués par la science, la compétence spéciale, le dévouement, depuis longtemps connu, à l'humanité, M. le président de la République a voulu mettre à l'ordre du jour de son gouvernement l'organisation rationnelle de ce grand sentiment, dont il est temps de faire une vérité légale : la fraternité.

En ouvrant votre première session, laissez-moi vous rappeler que vous descendez de la Révolution française et que votre œuvre doit être un effort persévérant pour réaliser enfin les pensées qu'elle avait conçues, pour mettre à exécution le testament qu'elle a laissé.

Dès les premiers jours de sa réunion, si longtemps attendue, la Constituante de 1789 déclarait que l'organisation de l'Assistance était un de ses premiers devoirs, l'un des premiers articles de son mandat national. Elle nommait aussitôt le grand comité chargé d'une étude d'ensemble sur l'extinction de la mendicité et sur les secours publics. Son président, La Rochefoucalt-Liancourt, qui était de cette pléiade d'aristocrates disposés à la réforme sociale, portait en séance publique l'exposé des principes du comité. On y lisait ces maximes qu'aujourd'hui encore il est bon de mettre en lumière : « Jusqu'ici l'assistance n'a été regardée que comme un bienfait ; elle est un devoir, mais ce devoir ne peut être rempli que lorsque les secours accordés par la société sont dirigés vers l'utilité générale. Si celui qui existe a le droit de dire à la société : Faites-moi vivre, la société a également le droit de lui dire : Donne-moi ton travail.

C'est la doctrine même qui passa dans la déclaration des Droits de l'homme : « Les secours publics sont une dette sacrée. »

Les travaux de ce grand comité qui résument, sur la question de l'assistance, les vues de la Révolution française, — travaux qui ont été réunis par un des membres de cette assemblée, M. Béquet, — nous étonnent encore par la hauteur des vues, et, on peut le dire, par la perfection des moyens.

Le comité de l'Assemblée nationale proposait de s'occuper successivement et séparément de l'enfant, de l'homme fait, du vieillard : de l'enfant pour lui assurer la vie d'abord, l'éducation morale et le travail ensuite ; de l'homme fait pour lui donner le pain quand il est valide, lui rendre la santé quand il est malade, lui garantir l'existence paisible quand il est infirme ; du vieillard pour préserver ses derniers jours du besoin.

Malheureusement les nécessités cruelles de la défense nationale arrêtèrent la réalisation de ces grands projets. Plus tard, les entreprises guerrières de l'empire, les préoccupations étroites des dynasties en concurrence, détournèrent trop souvent de ces grands objets l'attention des législateurs et des politiques.

Lorsque l'esprit de la Révolution reparut un moment, en 1848, une nouvelle tentative fut faite pour donner un élan nouveau au grand principe de la solidarité sociale et pour établir une organisation générale de ce qu'on appelait les secours publics. Depuis lors, aucune loi contenant des solutions d'ensemble, un système complet d'assistance publique n'a été votée. C'est peu à peu, par morceaux, qu'a été créée la législation actuelle. C'est bien encore l'esprit de la Révolution qui anime ces tronçons. Dans chacune des branches de l'Assistance publique, c'est encore le souvenir des principes posés par la Constituante qui règle les rapports entre l'assistant et l'assisté. Bien des efforts ont été faits et plus d'un progrès important réalisé par l'initiative des administrations et de quelques hommes de cœur ; mais, dans l'ensemble, que d'imperfections, que de lacunes surtout.

Le service des aliénés est départemental et il n'est pas obligatoire.

Le service des enfants assistés est également départemental, il n'est pas non plus obligatoire. Si les départements l'organisent dans des conditions insuffisantes, on ne peut les contraindre à faire mieux ; c'est ainsi que les secours temporaires, dont le but est de prévenir l'abandon des enfants par les mères, sont presque partout si insuffisants que l'on peut craindre que la vie des petits êtres ne soit pas efficacement préservée.

D'autre part, la création des hôpitaux, des hospices, des bureaux de bienfaisance est laissée à la libre initiative des communes. 12,250 communes ont des bureaux de bienfaisance, mais un nombre plus grand n'en est pas pourvu ; 19,111 communes n'ont pas de bureaux de bienfaisance. L'organisation du service de l'assistance médicale pour les indigents est de même abandonnée au bon vouloir des départements. Si 44 départements ont organisé ce service, — et encore d'une façon partielle, — 42 départements sont jusqu'à présent restés inactifs.

Sur certains points, sans doute, la bienfaisance privée vient combler les lacunes des services publics ; mais ailleurs les malheureux restent sans secours.

Il est temps de coordonner tous les efforts généreux ; il est urgent de ne pas livrer plus longtemps au hasard des bonnes volontés l'accomplissement du devoir social.

C'est pour cette réforme progressive de l'organisation des secours publics que le concours du conseil supérieur de l'assistance a été réclamé par le gouvernement de la République.

Nous pensons qu'il faut maintenir le principe que l'assistance doit être tout d'abord communale. Mais si, par suite d'une absence prolongée hors de sa commune, l'indigent y a, en réalité, perdu le domicile de secours, il faut qu'il puisse faire appel à l'assistance du département, s'il a gardé un domicile départemental ; ou bien, s'il n'a pas de domicile départemental, à l'assistance de l'Etat.

Certaines communes peuvent être trop faibles, trop pauvres pour suffire à leurs services de secours ; la faculté doit leur être donnée de s'associer entre elles ou de s'allier à des communes plus puissantes, mieux pourvues. C'est principalement en vue de constituer des services d'assistance que le Gouvernement a déposé, ces jours-ci, le projet sur les syndicats de communes.

Le but que doit se proposer un Gouvernement dévoué à la démocratie est de mettre en pratique les principes de solidarité sociale consacrés par la Révolution française et d'arriver enfin à une organisation de l'assistance publique telle que le vrai besoin soit toujours secouru, sans que jamais l'imprévoyance ou la paresse reçoive un encouragement.

C'est dans cette intention qu'a été créée la direction de l'assistance publique au ministère de l'intérieur. Elle travaille avec un zèle auquel je suis heureux de rendre hommage. La constitution de la commission supérieure de l'assistance publique est un nouveau pas dans la voie qui doit nous conduire au succès. Vous éclairerez, Messieurs, notre marche vers le progrès, vous l'assurerez, vous nous donnerez les consultations les plus sûres dans la préparation des lois que nous devons présenter aux Chambres pour organiser définitivement l'assistance publique en France.

Le Gouvernement vous remercie d'avoir bien voulu accepter la mission que M. le Président de la République vous a proposée. Il n'en est pas de plus haute, ni de plus belle. Vous donnez aux pauvres ce que vous avez de plus précieux, votre temps, votre science, votre dévouement, votre expérience. Vous méritez de prendre la suite des espérances du grand comité de 1789; plus heureux que vos devanciers, vous réussirez. Le Gouvernement vous prêtera le plus énergique appui, et nous voulons espérer que les ambitions belliqueuses consentiront à laisser le champ libre aux nobles expériences de l'esprit de fraternité. L'amour est plus fort que la haine, disait-on jadis. Tâchons de faire de cette parole de poète un acte de législateur. Cherchons ensemble à réaliser une de ces lois qui honorent l'humanité en la soulageant, et faisons que, dans le grand concours international que, nous préparons, la France puisse montrer au monde, au-dessus de l'orgueil de ses richesses, de ses arts, de son industrie, de son commerce, de son agriculture, la puissance rayonnante de sa bonté !

Le conseil a procédé ensuite aux élections de son vice-président (le ministre ou le sous-secrétaire d'Etat étant président de droit) et de son secrétaire. Ont été nommés : vice-président, M. Théophile Roussel, sénateur ; secrétaire, M. le Dr A.-J. Martin.

Après un exposé des affaires soumises au conseil par M. le Directeur de l'assistance publique en France, le conseil s'est subdivisé en quatre sections afin de procéder à l'étude et à la répartition des dossiers. Les bureaux des sections ont été ainsi constitués :

1re section. (Services de l enfance) : président, M. Jules Simon ; secrétaire, M. Gerville-Réache ; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. Faucon.

2e section. (Secours aux indigents valides ou malades, hôpitaux) : président, M. le Dr Jules Rochard ; vice-président, M. le Dr Ulysse Trélat ; secrétaire, M. le Dr Dreyfus-Brissac ; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. le Dr Chevallereau.

3e section. (Secours aux indigents âgés ou invalides, hospices, établissements de bienfaisance) : président, M. Tolain ; secrétaire, M. le Dr Chautemps ; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. Teissier du Cros.

4e section. (Aliénés, dépôts de mendicité, monts-de-piété) : président, M. Hippolyte Maze ; secrétaire, M. Paul Strauss ; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. le Dr Pichon.

VARIA

Faculté de médecine de Paris.

Inscriptions et consignations du 4e trimestre de l'année scolaire 1888.

I. — *Inscriptions*. — Le registre d'inscriptions sera ouvert le mercredi 27 juin 1888. Il sera clos le mercredi 18 juillet, à 3½ h. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après-midi. 1° Inscriptions de première année, les mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 juin 1888 ; 2° Inscriptions de deuxième année (doctorat), les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6 et samedi 7 juillet 1888 : 3° Inscriptions de troisième et quatrième années (doctorat), 2e, 3e et 4e années (officiat), les mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, lundi 16, mardi 17 et mercredi 18 juillet 1888. MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés : L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté. MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté : il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième années de doctorat, 2e, 3e et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 10 juillet 1888. — Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux : MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscriptions, un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 3e trimestre 1887-88. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché. Ces formalités sont de rigueur : Les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir. Le stage hospitalier obligatoire commence le 1er novembre, en vue de la 9e inscription (doctorat) et de la 5e (officiat) ; — il se continue sans interruption jusqu'à la fin du trimestre qui suit la 16e inscription. Le nombre de jours de stage par trimestre est ainsi déterminé : 1er trimestre, novembre et décembre, 56 jours ; 2e trimestre, janvier, février et mars, 86 jours ; 3e trimestre, avril, mai et juin, 86 jours ; 4e trimestre, juillet à octobre, 56 jours. Les inscriptions pour le stage sont reçues après l'inscription de juillet (8e doctorat et 4e officiat), à l'administration de l'Assistance publique, sur la présentation de la feuille d'inscriptions.

II. — *Consignations*. — Les élèves ajournés, à la session de novembre 1887, au 1er examen de doctorat et aux 1er, 2e et 3e examens de fin d'année (officiat), devront consigner les mercredi 13 et jeudi 14 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 25 au 30 juin. II. — Les élèves de 1re année qui désirent subir le 1er examen de doctorat avant les vacances devront consigner les mercredi 20 et jeudi 21 juin. (Ils prendront la 4 inscription du 27 au 30 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 2 juillet). Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année : ils consigneront en prenant selon le cas, la 4e, la 8e ou la 12e inscription ; (ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté). III. — En cas d'ajournement au 1er examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de 1re année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 15 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 8 ou le mardi 9 octobre 1888, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de 1re année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet).

III. — *Ostéologie*. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 15 octobre 1888. — MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le 1er examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire avant les vacances, à l'Ecole pratique, 5, rue de l'Ecole-de-Médecine. — A cet effet, le bureau du chef du matériel sera ouvert tous les jours, de midi à 4 heures, pendant la période des examens.

Concours pour l'agrégation des Facultés de médecine.

Le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts. Vu le statut du 16 novembre 1874 ; Vu l'arrêté du 20 juillet 1887, portant révision du concours d'agrégation des Facultés de médecine ; La section permanente du conseil supérieur de l'instruction publique entendue ; Arrête :

Art. 1er. — Il sera ouvert à Paris, en 1888-1889, des concours pour 28 places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Faculté de Paris. — Section de médecine : pathologie interne et médecine légale, 5. Section de chirurgie et accouchements : pathologie externe, 3. Accouchements, 1 — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie, 1. Physiologie. 1. — Section des sciences physiques : Physique, 0. Chimie et toxicologie, 1. Pharmacie, 1. — Total, 12.

Faculté de Bordeaux. — Section de médecine : Pathologie interne et médecine légale, 2. Section de chirurgie et accouchements : Pathologie externe. 0. Accouchements, 1. — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie, 0. Physiologie, 0. — Section des sciences physiques : Physique, 0. Chimie et toxicologie, 1. Pharmacie, 1. — Total 5.

Faculté de Lille. — Section de médecine : Pathologie interne et médecine légale, 2. Section de chirurgie et accouchements :

Pathologie externe, 1. Accouchements, 1. — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie, 0. Physiologie, 1. — Section des sciences physiques : Physique, 0. Chimie et toxicologie, 0. Pharmacie, 0. — Total, 5.

Faculté de Lyon. — Section de médecine : Pathologie interne et médecine légale, 1. — Section de chirurgie et accouchements : Pathologie externe, 0. Accouchements, 0. — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie, 0. — Physiologie, 1. —Section des sciences physiques : Physique, 0. Chimie et toxicologie, 0. — Total, 2.

Faculté de Montpellier. — Section de médecine : Pathologie interne et médecine légale, 1. — Section de chirurgie et accouchements : Pathologie externe, 1. Accouchements, 0. — Section des sciences anatomiques et physiologiques : Anatomie. 0. Physiologie, 1. — Section des sciences physiques : Physique, 1. Chimie et toxicologie, 0. Pharmacie, 0. — Total, 4.

Art. 2.— Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir : Le 15 décembre 1888 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale) ; — Le 1er mars 1889 pour la section de chirurgie et accouchements ; — Le 15 mai 1889 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.— Art. 3. Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Les Fêtes de l'Université de Bologne.

Les manifestations dont les étudiants français de Paris, délégués par leurs camarades au centenaire de l'Université de Bologne, viennent d'être l'objet méritent de ne pas passer inaperçues. C'est la première fois, depuis de bien longues années, que la jeunesse française est représentée à l'étranger dans une fête universitaire. Il y a là un fait de nature à donner joie et confiance à tous ceux qui se sont voués à la constitution, en France, de grands foyers d'enseignement supérieur et d'esprit national. Aujourd'hui, elle est en Italie l'occasion d'une manifestation sympathique à la France. La délégation des étudiants français est arrivée à Bologne dimanche. Plus de six cents étudiants italiens l'attendaient à la gare. A peine débarqués, nos étudiants sortent de l'étui leur drapeau. C'est alors un enthousiasme indescriptible. Les délégués des étudiants allemands étaient là aussi ; ils saluent de la rapière le drapeau des étudiants français. Puis on se met en marche aux cris répétés de : *Evviva la Francia!* Ce n'est pas assez; on dételle les chevaux des voitures qui portaient nos jeunes jens, et leurs camarades d'Italie se mettent à les traîner. Bologne est une ville d'Italie où l'on se souvient de ce que l'on doit à la France.

Le lendemain, nos étudiants, respectueux du gouvernement du pays dont ils recevaient l'hospitalité, sont allés au-devant du roi avec les Italiens et les autres étrangers. Leur drapeau marchait en tête, avec le drapeau de Rome à droite et celui de Venise à gauche. A peine descendu de wagon, le roi l'a aperçu ; il s'est avancé vers celui qui le portait et lui a exprimé sa joie de voir là des étudiants français. Puis le porte-drapeau s'est trouvé placé devant la voiture du roi, qui a fait son entrée précédé par nos couleurs. (*Temps*).

Actes de la Faculté de Médecine.

Lundi 18. — (Epreuve pratique), Dissect. : MM. Delens, Reynier, Poirier. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richet, Ollivier, Rémy. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Hayem, Fournier, Raymond ; — (2e *Série*) : MM. Damaschino, Landouzy, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu (1re *Série*) : MM. Guyon, Pinard, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Marc Sée, Kirmisson, Segond ; — (2e partie) : MM. Potain, Brissaud, Déjerine.

Mardi 19. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Duplay, Boullly, Brun. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Laboulbène, Hanot, Quinquaud ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Campenon, Hutinel ; — (3e *Série*) : MM. Bouchard, Fernet, Joffroy ; — (4e *Série*) : MM. Proust, Dieulafoy, Ballet. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Richet, Charpentier, Schwartz ; — (2e *Série*) : MM. Le Fort, Panas, Maygrier ; — (2e partie) : MM. G. Sée, Cornil. Troisier.

Mercredi 20. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Ch. Richetl Rémy, Reynier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) : MM. Ribemont-Dessaignes, Delens, Kirmisson ; — 2e partie : MM. Hayem, Straus, Landouzy ; — (1re partie) (Charité) : MM. Marc Sée, Pinard, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, A. Robin, Chauffard.

Jeudi 21. — (Epreuve pratique) Dissect. . MM. Duplay, Bouilly, Poirier. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Cornil, Peyrot, Brun. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Panas, Charpentier ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Fernet, Hanot. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Jaccoud, Proust, Joffroy ; — (2e *Série*) : MM. G. See, Ball, Quinquaud.

Vendredi 22. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Reynier, Déjérine. — 3e *de Doctorat* (2e partie) MM. Fournier, Landouzy, A. Robin. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Legroux, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Pinard, Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Budin, Reclus, Segond ; — (2e partie) : MM. Straus, Ollivier, Rémy.

Samedi 23. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (2e *Série*) : MM. Richet, Charpentier, Maygrier ; — (1re *Série*) : MM. Panas, Bouilly, Charpentier, — (2e partie) : MM. Cornil, Legroux, Ballet ; — (2e partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Peter, Quinquaud, Hutinel ; — (2e *Série*) : MM. Ball, Dieulafoy, Troisier ; — (3e *Série*) : MM. Jaccoud, Fernet, Hanot.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 20. — M. Hameau. Traitement des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé. — M. Colin. De la nature infectieuse de tétanos (Etude historique). — Demoulin. Ostéomyélite chronique d'emblée. — *Jeudi* 21. — M. Bertrand. Contribution à l'étude de l'entorse : de son traitement par le massage. — M. Laurent. Les gynécomastes. — M. Doat. Des difficultés de l'allaitement. — M. Nivière. Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré. — *Vendredi* 22. — M. Rosenthal. Du traitement des fractures de la clavicule. Bretelles des épaules préconisées par M. le professeur Lannelongue. — M. Demétriade. Traitement des plaies par armes à feu de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. — *Samedi* 23. — M. Marguet. Kystes hydatiques des muscles volontaires. — M, Chuquet. Etude sur le cathétérisme rétrograde.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours de l'adjuvat d'anatomie.* — Ce concours a eu lieu le lundi 11 juin, à midi ; deux des candidats inscrits, MM. Faure et Laporte n'ayant pas répondu à l'appel de leur nom, n'ont pu prendre part au concours. La question donnée à l'épreuve écrite a été : *Diaphragme* (anat. et phys.). La lecture des copies est terminée. Les épreuves continuent.

Concours de prosectorat.— La lecture des compositions écrites aura lieu le 26 juin.

Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille. — La chaire d'anatomie de ladite Faculté est déclarée vacante. Un délai de vingt jours, à partir de la présente publication, est accordé aux candidats pour produire leurs titres.

Ecole de médecine et de pharmacie de Toulouse. — Un concours s'ouvrira le 8 décembre 1888, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant des chaires de physique t de chimie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Toulouse. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours. — M. Beille, pharmacien de 1re classe, licencié ès sciences naturelles, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pharmacie et de matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine de Toulouse. — M. Cabadé, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes à ladite Ecole. — MM. Vieusse et Secheyron, docteurs en médecine, sont institués, pour une période de neuf ans, suppléants des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à ladite Ecole.

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — *Herborisations.* M. L. Guignard, professeur, fera sa prochaine herborisation de Montmorency le dimanche 17 juin 1888. Rendez-vous à la gare du Nord, à 12 heures 30 pour le train partant de Paris à 12 heures 50 pour la station de Domont.

Ecoles de médecine et de chirurgie navales. — Un projet de loi, portant création d'une Ecole de médecine navale et de deux annexes, vient d'être présenté à la Chambre des députés par le ministre de la marine. Voici les principaux articles du projet : 1° Création dans un des ports militaires d'une Ecole de médecine navale où les élèves accompliront l'intégralité de leurs études. 2° Deux Ecoles annexes seront créées dans deux autres ports ; les élèves y suivront les cours de première année. 3° Les professeurs des écoles seront choisis dans le corps de santé de la marine, à la suite de concours. Les professeurs devront, *après dix ans d'exercice, faire un tour de service à la mer.* 4° Des indemnités seront accordées aux étudiants dès la deuxième année d'études, etc., etc.

Hôpitaux de Paris. — *Concours pour la nomination à trois places de médecin des hôpitaux.* — La première épreuve de ce concours vient de se terminer. Sur les 52 candidats y ayant pris part, 26 seulement ont été déclarés admis à subir la seconde série d'épreuves.

Concours pour la nomination à deux places de chirurgiens des hôpitaux. — La première épreuve de ce concours est terminée. Sur les 20 candidats s'étant fait inscrire, huit ont été déclarés admissibles ; ce sont MM. Barette, Castex, Chaput, Jullien, Ménard, Poirier, Walther.

HÔPITAUX DE PARIS. — M. HÉRET, interne des hôpitaux de Paris, est nommé pharmacien de l'hospice d'Ivry.

HÔPITAUX DE LYON. — M. le Dr ROCHET est nommé, après concours, chirurgien-major de l'Antiquaille.

HÔPITAUX D'ALGER. *Externat.* — Un concours s'ouvrira le lundi 29 octobre 1888, à une heure de l'après-midi, à l'hôpital civil d'Alger, pour la nomination à sept emplois d'élèves externes en médecine et chirurgie vacants à l'hôpital de Mustapha. Les candidats peuvent se faire inscrire dans les bureaux de la direction, à Alger, jusqu'au 27 octobre, à quatre heures du soir.

HÔPITAL FRANÇAIS DE NEW-YORK. — La société française de bienfaisance de New-York va installer un hôpital dans cette ville avec dispensaire.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le Dr DUPONT, conseiller général de la Haute-Savoie, est nommé officier d'académie.

FÊTES DE L'UNIVERSITÉ DE BOLOGNE. — Cinq étudiants parisiens, délégués par leurs camarades, ont été assister aux fêtes du 8e centenaire de l'Université de Bologne, comme nous l'avons dit plus haut. Ils se sont arrêtés à Lyon pour assister à l'inauguration de l'Association des Étudiants Lyonnais. — Le banquet des étudiants à Cavalecchio a réussi admirablement, La plus franche cordialité n'a cessé de régner parmi les convives de nationalités diverses. L'envoi de deux télégrammes a été voté d'acclamation. Ils ont été expédiés aussitôt, dont l'un au Président de la République française, affirmant la solidarité de l'Italie et de la France. Le 13 juin, au matin, a eu lieu à l'Archigymnase, en présence du roi, de la reine, du prince royal et du ministre de l'instruction publique, la distribution des diplômes et des anneaux aux docteurs *ad honorem.* Les lauréats présents ont été salués de vifs applaudissements. Après un discours du professeur Ceneri, le comité des étudiants de Bologne et les députations des étudiants étrangers et italiens ont été présentés au roi.

LA FAÇON DE TUER VAUT MIEUX QUE CEUX QU'ON TUE. — Nous apprenons que dans l'Etat de New-York la peine de la pendaison est désormais supprimée ; elle a été remplacée par *l'exécution électrique.* Le *Bulletin médical*, qui enregistre ce progrès, annonce aussi que le gouvernement américain avait étudié un autre moyen : l'injection sous-cutanée de morphine ! Rien d'étonnant à ce qu'on ait choisi l'électricité : l'exécuteur des hautes œuvres aura l'air moins médical.

MONUMENT A THUILLIER. — Le 8 juin a eu lieu, à Alexandrie, l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Thuillier, mort en Egypte lors de l'envoi de la mission Pasteur dans ce pays pour étudier le choléra.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. *Excursion géologique.* M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide naturaliste au Muséum d'Histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 17 juin 1888, à Vanves, Meudon et Bellevue. On se réunira aux fortifications (porte de Versailles) à l'extrémité de la rue de Vaugirard, à 11 h. précises Retour à Paris à 5 heures.
Agriculture pratique. — M. VILLE ouvrira ses conférences agricoles, au Champ d'Expériences de Vincennes, le dimanche, 24 juin, à 2 heures Les conférences de cette année, auront pour objet comme dans le passé, les applications de la Science à l'Agriculture, la fabrication et l'emploi des Engrais chimiques, une place plus étendue sera faite à la sidération et à ses applications,

NOMINATION. — M. le Dr BOIVIN est nommé médecin honoraire du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement de Paris.

RÉCOMPENSES. — M. MACKIEWICZ, médecin-major au 72e régiment d'infanterie, vient de recevoir une médaille d'argent de deuxième classe pour son courageux dévouement dans un incendie où il a été grièvement blessé.

REVUE SCIENTIFIQUE. (Sommaire du no 23 (9 juin 1888). — La reproduction artificielle des roches volcaniques, par M. A.-J RENARD. — L'accueil fait à l'*Origine des espèces*, par M. HUXLEY. — Le comité des travaux historiques et scientifiques. — Les poissons d'Amérique en Suisse, par M. V. FATIO. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Correspondance et Chronique. — Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique.

SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE. — M. le Dr VAILLANT, médecin en chef de la marine, en retraite, a été nommé au grade de médecin en chef dans la réserve de l'armée de mer.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 11 juin 1888, à 4 heures très précises. au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1o Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2o Rapport de la Commission chargée de l'examen du travail de M. le Dr Linossier (de Lyon).— 3o M. le Dr Moreau (de Tours), analyse du livre de M. le Dr Parant, la raison dans la folie. — 4o M. Marcel Briand. Analyse de la thèse inaugurale de M. le Dr Vétault : étude médico-légale sur l'alcoolisme. — 5o Suite de la discussion sur le mémoire de M. le Dr Vibert : des traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. — 6o Communications diverses.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'OPHTHALMOLOGIE. — La *Société parisienne d'Ophthalmologie* a été constituée mardi dernier, 12 juin, dans les conditions suivantes. Elle est exclusivement réservée à des ophthalmologistes français. Néanmoins elle acceptera des communications de spécialistes d'une origine quelconque et en autorisera les discussions dans le sein même da la Société. Le président, pour l'année 1887, est M. CHEVALLEREAU ; le Secrétaire général : M. GORECKI ; le Secrétaires annuels : MM. DESPAGNET et VALUDE.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr LARUE (de Laval). — M. le Dr COUSOT, membre et ancien vice-président de l'Académie royale de médecine de Belgique, décédé à Dinant le 27 mai, à 66 ans. Il était membre de la commission médicale de la province de Namur. — M. le Dr J. VANHŒTER, chirurgien honoraire des hôpitaux de Bruxelles, décédé à Bruxelles le 4 juin, à 74 ans. — Mlle FAURE, sage-femme à la Maternité de Montpellier. — M. MUSCULUS, pharmacien en chef de l'hôpital civil de Strasbourg, chevalier de la Légion d'honneur. — M. le Dr PRUNIER (de Saint-Mandé). — M. le Dr COUTURIER (de Mérichal). — M. le Dr DEPRÈS (de Saint-Pierre-sur-Dive). — M. le Dr PRUNIER (de Saint-Mandé). — M. le Dr TORDRAY, privat-docent de pédiatrie à la Faculté de médecine de Budapest.

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux :* M. le professeur CHARCOT. Leçons le mardi et le vendredi à 9 heures. — *Clinique mentale* : M. VOISIN, le dimanche à 9 h. et demie. — M. le Dr TERRILLON continue ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. le Dr JULES SIMON a recommencé ses conférences le mercredi 23 mai, à 9 heures du matin ; il les continue les mercredis suivants à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

HÔPITAL BICHAT.—*Chirurgie.* M. le Dr TERRIER. Consultations les mardi, jeudi, samedi à 10 heures ; consultation spéciale pour les maladies des yeux et les oreilles le jeudi à 10 heures. Grandes opérations le mardi à 8 heures 1/1. Opérations sur les yeux le jeudi à 9 heures. Opérations diverses (chirurgie générale et gynécologique) tous les jours à 9 heures. — *Médecine.* M. HUCHARD et M. GAILLARD-LACOMBE. Consultations tous les jours, à 9 heures. Le jeudi, consultation spéciale pour les maladies du cœur, faite par M. Huchard et leçons de clinique et de thérapeutique médicale le dimanche à neuf heures et demie très précises.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 25. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 23 JUIN 1888.

Le Progrès Médical

ANATOMIE

Un fait de suppléance de la circulation Porte par la veine rénale gauche et la veine cave ;

Par le Dr LEJARS, prosecteur à la Faculté.

Les voies dérivatives de la circulation Porte, voies latentes, à l'état normal, mais que la cirrhose du foie révèle et développe, sont en grande partie déterminées. Il y a trois points principaux où se fait l'anastomose du système Porte et du système Cave et où siègent ordinairement les canaux de suppléance : 1° les veines-portes accessoires, étudiées par M. le professeur Sappey : le groupe du ligament suspenseur, le groupe parombilical qui suit le cordon fibreux de la veine ombilicale et sert à former le réseau sous-cutané de l'abdomen, par où le sang rétrograde jusque dans les iliaques ; 2° les veines œsophagiennes unies à la coronaire stomachique ; 3° les veines hémorrhoïdales.

Mais, à côté de ces anastomoses constantes, il en est d'autres, plus rares ou moins connues, qui sont susceptibles, dans certains cas de développement anormal, d'effacer toutes les autres. Schmiedel (De varietatibus vasorum, plerumque magni momenti) signale des communications des veines hémorrhoïdales avec les veines de la vessie ; des veines courtes avec la veine phrénique inférieure gauche ; de la veine pylorique avec la veine phrénique inférieure droite, etc. Retzius, dans un court et intéressant mémoire (Remarques sur les anastomoses de la veine porte avec la veine cave inférieure en dehors du foie, *Journ. de Physiol. de Tiedmann et Treviranus*, 1833) décrit des rameaux veineux, provenant du duodénum, du côlon et du rectum, et se jetant dans la veine cave inférieure : ce sont ces veines qu'on a décorées du nom de Système de Retzius, mais qui semblent avoir été peu étudiées depuis. — Plus récemment, le professeur Carlo Giacomini a étudié longuement, à propos d'un fait qu'il expose et représente, les anastomoses connues de la veine porte avec les veines iliaques. (Large communication entre la veine porte et les veines iliaques droites. Mémoire traduit par Labbé et Aubeau, 1874). — Henle, Virchow, Hyrtl, indiquent des anastomoses entre la veine splénique et l'azygos. — Il faudrait classer et étudier d'ensemble tous ces faits ; mais nous voulons nous borner aux anastomoses Porto-rénales.

Schmiedel a vu des communications entre les veines coronaire stomachique et gastro-épiploïque et les veines rénales, entre la mésentérique supérieure et la rénale gauche. Mais ce sont là des anomalies. Retzius injecte des voies anastomotiques constantes ; « sur le cadavre d'un enfant de cinq ans, écrit-il, scrofuleux, j'avais lié le tronc de la veine porte à son entrée dans le foie, et j'y avais injecté, au-dessous de la ligature, une masse colorée ; en même temps, je remplis la veine cave inférieure avec une masse colorée différemment. En préparant les veines injectées, je vis des rameaux provenant de la portion gauche du côlon se rendre dans la veine rénale gauche. Je répétai ces injections sur trois cadavres d'enfants du même âge, avec le même résultat. » On trouve encore un gros et épais réseau de veines très fines dans le tissu cellulaire de la face externe du péritoine ; les branches veineuses auxquelles se rendent les ramuscules de ce réseau, se jettent, partie dans la veine porte, partie dans la veine cave inférieure, et on les voit s'anastomoser sur la paroi postérieure de l'abdomen avec les veines du côlon et en même temps s'unir souvent aux veines des reins et à celles du bassin.

Nous avons répété les injections de Retzius et obtenu des résultats confirmatifs.

A. — Sur un cadavre d'enfant injecté par la veine cave inférieure, nous avions vu déjà une branche assez grosse émerger du bord supérieur de la veine rénale gauche se diviser bientôt et envoyer ses rameaux irradiés, d'une part dans la capsule adipeuse, d'autre part entre les feuillets du méso-côlon, où ils s'anastomosaient nettement avec la petite mésaraïque.

B. — Sur deux autres enfants, de deux ans à peu près, on injecte dans le tronc porte, dans le sens centrifuge, de l'eau froide colorée avec du jaune de chrôme pulvérisé en suspension. L'injection est lente et prolongée pendant deux heures ; le fin réseau de l'intestin est complet et superbe, et le liquide coloré remplit toutes les branches de la veine cave, et distend le foie lui-même qui commence à s'hydrotomiser par voie rétrograde. — En soulevant les côlons on aperçoit, sous le péritoine, un grand nombre de canalicules jaunes qui partent des veines coliques pour gagner celles de la capsule adipeuse ; à gauche, trois de ces branches se laissent suivre jusqu'au bord supérieur de la veine rénale où elles plongent.

C. — Injection de la veine porte à la gélatine rouge ; de la veine cave à la gélatine bleue. Voici ce que donne l'examen des régions rénales : sous le feuillet gauche du mésocôlon descendant une veine, injectée en rouge, se détache des spermatiques au niveau de l'extrémité inférieure du rein, longe dans toute sa hauteur le bord externe de l'organe, et, au-dessus, finit en se continuant avec une branche de la diaphragmatique inférieure (bleue). Gros comme un fil à fouet, ce segment veineux rouge émet trois ou quatre petits rameaux qui croisent la face antérieure du rein et que l'on suit jusqu'aux branches de la petite mésaraïque. — De plus, dans l'épaisseur même des feuillets séreux mésocoliques, il existe, à droite comme à gauche, un réseau vasculaire fin, en rouge, qui communique sur des points multiples avec les veines de la capsule adipeuse et, par elles, avec les veines rénales.

Ce sont de petites branches, sans doute, que ces communications porto-rénales, mais elles semblent constantes. Voici un fait anormal où la voie anastomotique était assez grosse pour suffire presque seule à la dérivation du système porte.

C'était sur un cadavre d'homme adulte, servant aux exercices de médecine opératoire. — Ictère intense ; foie très petit, dur, rétracté et bosselé à sa surface ; en suivant dans son épaisseur les branches portes, on les voit bientôt se réduire à d'étroits canalicules. En somme,

sclérose fort avancée et diminution considérable du territoire porte dans le foie. — La rate a acquis près du double de son volume normal, elle est gorgée de sang. Les veines portes accessoires, recherchées en leurs lieux d'élection, n'existent pour ainsi dire pas ; pas de réseau veineux sous-cutané de l'abdomen ; à peine quelques fins ramuscules dans le ligament suspenseur.

On isole le bord postérieur de la rate, on déchire le mésocôlon gauche et l'on rejette pancréas, rate et gros intestin à droite, pour découvrir largement le rein gauche : on aperçoit alors une grosse veine, du volume d'un doigt, qui émerge du bord supérieur de la veine

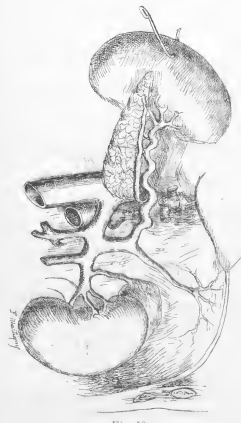


Fig. 58.

rénale gauche, et monte verticalement. A une distance de deux centimètres, le tronc se divise ; une branche se porte en haut et en dehors, gagne la face concave du diaphragme, et s'y applique en se mêlant au réseau des veines diaphragmatiques inférieures ; l'autre branche, beaucoup plus grosse, se dirige vers la face postérieure du pancréas, croise la veine splénique en rampant derrière elle, et longe le bord supérieur de l'organe jusqu'au hile de la rate. Sinueuse et bosselée, communiquant en quelques points avec la veine splénique sous-jacente, l'anastomose réno-splénique, près de sa terminaison, se divise plusieurs fois et forme là un véritable plexus de grosses veines ampullaires, assez analogues au plexus des spermatiques variqueuses qui plongent dans le parenchyme de la rate.

La veine splénique et le reste du système Porte ne présentent rien d'anormal. Les capsules surrénales sont très petites et les veines capsulaires très minimes aussi.

Du bord inférieur de la même veine rénale gauche partaient encore : la spermatique et, un peu plus en dedans, un canal volumineux (7-8 mm. de diamètre) aussi gorgé de sang, qui passait sous la première arcade du psoas, contournait le rachis, se recourbait au-devant de la tête de la 10ᵉ côte, émettait en ce point un gros rameau rachidien, et continuait à monter devant le col des 10ᵉ, 9ᵉ et 8ᵉ côtes, pour réapparaître sur le devant des corps vertébraux, au-dessus du diaphragme, et se continuer alors à plein canal avec la petite Azygos. — Une particularité fort nettement appréciable c'est que ce canal réno-azygo-vertébral, très gros dans sa portion initiale et jusqu'à l'émergence de son affluent rachidien, diminuait ensuite, la petite azygos qui en était la continuation n'ayant que son volume ordinaire.

A droite de l'angle de jonction de la veine rénale et de la veine cave inférieure, se détachait un tronc qui donnait presque aussitôt : une grosse branche qui montait sur le côté antéro-latéral du rachis traversait le pilier diaphragmatique et donnait la grande Ayggos ; et une seconde, plus volumineuse encore, qui passait par la première arcade du psoas et suivait un trajet symétrique à celui du canal réno-azygo-vertébral du côté gauche. (Voir *fig.* 58).

Les deux reins avaient leur volume normal et ne semblaient nullement altérés. — Pas d'ascite. — Tout le système veineux abdominal était congestionné ; mais les valvules terminales de l'iliaque externe étaient suffisantes. — Les membres étaient fort maigres, leur système veineux n'était pas plus développé que de coutume. — Pas de varices. Bourrelet hémorrhoïdal.

En résumé, un état de sclérose avancée fermait en partie au sang porte la traversée du foie, et cependant, à part les veines hémorrhoïdales, aucune des voies normales de dérivation ne s'était dilatée ; ni les veines œsophagiennes, ni les veines portes accessoires et le réseau de la paroi abdominale. Il n'y avait pas d'ascite, la suppléance se faisait bien ; le sang refluait dans la veine splénique, distendait la rate, et de ce réservoir passait dans la veine anastomotique spléno-rénale, et par la rénale dans la veine cave inférieure. De là le volume de la rate ; de là aussi le volume de la veine anastomotique, ses bosselures, ses sinuosités ; et aussi celui des veines rénales, surtout à gauche. D'ailleurs le cours du sang dans les veines du rein était suffisamment prémuni contre tout engorgement ou tout arrêt par ces deux énormes canaux de sûreté qui contournaient le rachis pour se jeter dans les plexus rachidiens et l'origine des Azygos.

Voilà donc un remarquable exemple de ces anomalies qu'une lésion morbide développe et utilise et qui peuvent acquérir ainsi une haute importance clinique. Quelle est la signification anatomique de ces grosses veines communicantes ? Quel rapport ont-elles avec les petites anastomoses porto-rénales qui semblent constantes ; restent-elles comme les témoins de connexions embryonnaires plus étendues ? Questions intéressantes que des faits nombreux pourraient seuls résoudre.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Dans sa dernière séance, le conseil a pris connaissance d'une correspondance officielle aux termes de laquelle la *fièvre jaune* vient de faire, à Rio-Janeiro, son apparition annuelle, avec un caractère de malignité exceptionnelle ; la maladie commence plus tard cette année et dans des conditions inaccoutumées. — D'une autre correspondance, communiquée au comité, il résulte que le gouverneur du Texas a décidé une quarantaine de vingt jours contre tout navire provenant des pays où sévit la fièvre jaune, c'est-à-dire de tout port américain situé au-dessus du 25ᵉ degré de latitude nord ; des mesures sanitaires rigoureuses ont été également prises à l'arrivée des trains de chemins de fer.

MÉDECINS CONSEILLERS GÉNÉRAUX. — M. le Dʳ POUJADE vient d'être élu à Caylus, dans le Tarn-et-Garonne.

HYGIÈNE

De la vaccination animale à l'Institut municipal de vaccination de Lyon (*fin*) (1);

Par le Dr **Ernest CHAMBARD**, ancien interne des hôpitaux de Paris, Médecin adjoint des Asiles d'aliénés de la Seine.

Inoculation du vaccin. — En temps ordinaire, les vaccinations publiques ont lieu tous les jours de une heure à quatre heures à l'Hôtel de Police municipale où une vaste salle d'attente est réservée au public; en temps d'épidémie des séances supplémentaires ont lieu le matin et dans la soirée. Avant l'opération, chaque client est inscrit sur un registre statistique divisé en trois grandes colonnes : *Renseignements spéciaux* (n° d'ordre, n° du registre à souche, nom, sexe, âge, observations). — *Antécédents vaccinaux* (nuls, variolés et date, vaccinés et date, observations). — *Conditions de la vaccination* (date, origine, âge et forme du vaccin, observations). — *Résultats de la vaccination* (positifs, négatifs, douteux, fausse vaccine, nombre de pustule, observations.

Le vaccin de conserve est incontestablement moins actif, à quantité égale, que le vaccin pur et frais et si la quantité la plus minime de ce dernier introduite par la plaie la plus étroite, suffit à déterminer une vaccination légitime, il est nécessaire pour obtenir de bons effets du glycérolé vaccinal de le mettre en quantité plus notable en rapport avec une surface d'absorption plus étendue. Ce fait justifie en partie le vaccin municipal des reproches qu'il a encourus pendant la période d'organisation de notre service. Ne connaissant de la question que ce qu'on en apprend pour le concours de l'externat, c'est-à-dire absolument rien, nous n'avions déterminé encore ni la période d'activité du vaccin de conserve, ni son meilleur mode de préparation; mais les résultats que nous obtenions se montraient cependant de beaucoup supérieurs à ceux que nous accusaient beaucoup de nos confrères. Ce désaccord tenait évidemment à ce que ces derniers employaient, pour la plupart, la méthode de vaccination classique par *ponction sous-épidermique*, tandis que, par une heureuse inspiration, nous avions eu recours, dès le principe, à la méthode des *scarifications.*

La *scarification* est, en effet, la meilleure méthode, sinon la seule bonne, d'insertion du vaccin animal conservé. Elle est facile, rapide, nullement douloureuse et voici comment nous la pratiquons :

Saisissant à pleine main le bras du sujet par la face antérieure et interne au niveau du tiers supérieur, nous tendons avec le pouce et l'index ramené vers sa surface externe, la peau de la région de l'empreinte deltoïdienne, dans une direction perpendiculaire à l'axe du membre sur la surface ainsi tendue, nous pratiquons avec une lancette bien acérée, chargée d'Electuaire et tenue légèrement entre le pouce et l'index de la main droite (2), trois scarifications en triangle dont la direction est parallèle à l'axe du bras. Ces scarifications ont une longueur de 4 à 5 millimètres et une profondeur telle qu'elles intéressent toute l'épaisseur de l'épiderme sans intéresser la couche pupillaire du derme. Bien que le contact du vaccin avec le niveau intercellulaire du corps muqueux de Malpighi suffise à en assurer l'absorption, il est bon que la plaie de scarification se dessine en rouge sur la peau; mais le sang ne doit pas en sortir sous forme de gouttelettes dont la coagulation emprisonnerait ou dont l'écoulement entraînerait le virus vaccinal.

Une quantité suffisante de l'Electuaire, dont la pointe de la lancette est chargée, est retenue entre les lèvres de l'incision que la tension de la peau a pour but de maintenir écartée; mais il est bon, après avoir vacciné un bras, d'essuyer la lancette sur les plaies que l'on vient de faire et de répartir entre elles l'excès de vaccin dont elle reste humectée (1).

Les personnes vaccinées sont invitées à se représenter au bout de huit jours, le jour homologue de la semaine suivante, pour faire constater le résultat de l'opération. Ce jour-là, on remplit la quatrième colonne du registre statistique dont nous avons parlé plus haut et, selon l'occurrence, on pratique une deuxième inoculation ou l'on délivre au sujet *un certificat officiel de vaccine*, signé du chef de service et détaché d'un registre à souche spécial.

III

Il ne nous reste maintenant qu'à exposer les résultats qu'a donnés entre nos mains le vaccin de l'institut municipal de Lyon et à jeter un coup d'œil d'ensemble sur les avantages que présente l'emploi du vaccin animal.

Résultats fournis par la vaccine animale de l'institut de Lyon. — Assez médiocres tant que nous nous sommes exclusivement servi de la lymphe pure ou additionnée de glycérine et avant que nous ayons déterminée la période d'activité maxima du cowpox de conserve, nos résultats devinrent comparables à ceux du meilleur vaccin humain, lorsque nous eûmes adopté notre électuaire intégral et limité à quinze jours sa conservation. Le tableau suivant (2), résumé des relevés statistiques de nos rapports au maire de Lyon pour les quatre premiers mois de 1884 en font foi.

Etat des vaccinations pratiquées en janvier, février, mars et avril 1884 :

NOMBRE ET QUALITÉ DES SUJETS		RÉSULTATS DES OPÉRATIONS — Vaccinations				RÉSULTATS DES OPÉRATIONS — Revaccinations				TOTAL
		P	D	N	Tot.	P	FV	N	Tot.	
3.880	Sujets isolés inscrits	767	3	6	776	301	328	253	782	1.558
351	Sujets isolés non inscrits.	»	»	»	»	»	»	»	»	»
387	Urbains (gardiens de la paix). . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»
3 512	Lycées, écoles communales et asiles	»	»	»	»	»	»	»	»	»
339	Militaires et ouvriers militaires . .	»	»	»	»	»	»	»	»	»
10.469		Prop 98 84 °/.				Proportion 45 °/.				

De semblables résultats ont d'ailleurs été obtenus par tous les vaccinateurs qui ont opéré dans des conditions analogues. La pulpe vaccinale glycérique préparée à l'institut de Lancy, près de Genève, donne, d'après M. A. d'Espine, de 98 à 99 p. 100 de succès (3), les vaccinations du grand-duché de Hesse-Darmstadt, qui se

(1) Voir *Progrès médical*, n° 24, 16 juin 1888, p. 463.

(2) Certains enfants peureux ou rageurs se débattent avec fureur et s'enfonceraient la lancette dans le bras si le vaccinateur ne la prenait très légèrement et n'était toujours prêt à la laisser glisser d'entre ses doigts.

(1) La propreté et la prudence qu'avant de puiser avec la lancette une nouvelle quantité de vaccin, l'opérateur plonge son instrument dans un verre plein d'alcool et l'essuie sur une serviette placée à portée de sa main.

(2) Nous ne mettons dans ce tableau que les résultats constatés par nous-mêmes, et, nous comptons, en établissant notre proportion, comme négation les 3 résultats douteux mentionnés dans la colonne D des vaccinations; pour diminuer de même, la vaccine incomplète ou fausse vaccine.

(3) A. d'Epine. — Article vaccine. Vaccination. *Dict. de méd. et chirurgie pratiques.*

font avec la poudre de Reissner (1), réussit également 98.06 fois sur 100 et pour ce qui est des revaccinations, M. Vallée a constaté, dans l'année, 46 vaccines légitimées sur 100 hommes revaccinés (2).

2° *Avantages de la revaccination animale.*— Si le vaccin animal n'était qu'aussi efficace que le vaccin humain, il n'aurait gagné que la moitié de son procès; mais il présente encore trois avantages considérables auxquels ce dernier ne sera jamais en mesure de prétendre : il est *inoffensif*, *abondant* et *économique*.

Si, comme l'ont montré les recherches de Lothar, Meyer, Bolliages, Chauveau, Josserand, Strauss (3), la tuberculose ne peut être transmise par la vaccination que dans des conditions tout à fait exceptionnelles qui n'ont, pour ainsi dire, aucune chance de se présenter, il n'en est pas de même de la syphilis qui, bien que relativement rare, ne saurait être négligée (4). Le vaccin animal met à l'abri de ces éventualités fâcheuses, il ne saurait avec lui être question de syphilis ni de tuberculose; la première de ces deux maladies n'existe pas chez les vaccinifères, la seconde est chez eux d'une rareté extrême. Sur 21,000 veaux tués à l'abattoir de Munich, Adam n'en a pas rencontré un seul qui fut atteint de tuberculose; tandis que la proportion des tuberculeux était de 1.13 p. 100 chez les bœufs, de 5.20 p. 100 chez les vaches, de 0.73 p. 100 chez les taureaux de cette ville, elle descendait chez les veaux de la même cité au chiffre infinitésimal de 0.0006 p. 100 (5). Notre collaborateur M. Leclerc n'a rencontré, d'autre part, que 3 veaux tuberculeux sur environ 400,000 de ces animaux abattus pendant une période de cinq années aux abattoirs de Lyon. Ajoutons, enfin, qu'aux termes mêmes de l'article 3 de la convention intervenue entre le maire de cette ville et le préfet du Rhône, les vaccinifères de l'institut municipal sont autopsiés par M. Leclerc lui-même avant que leur vaccin soit mis en usage.

Le seul inconvénient que nous ait paru présenter le vaccin animal, au moins sous la forme que nous lui donnions est un certain caractère irritant se traduisant par une auréole érythémateuse, compliquée parfois d'un peu d'œdème inflammatoire et d'adénopathie anullaire entourant la pustule d'inoculation souvent remarquable, il est vrai, par leur dimension colossale. Ces accidents qu'accompagnait un petit mouvement fébrile ont toujours cédé aux moyens les plus simples, cataplasme ou poudre inerte avec immobilité du membre et loin de s'en plaindre, les parents des petits vaccinés s'en réjouissaient et voyaient la preuve que notre vaccin « agissait »; mais *jamais*, sur près de 100,000 vaccinations que nous avons pratiquées ou fait pratiquer pendant l'épidémie variolique de 1883-1884, *nous n'avons été témoin ou entendu parler d'accidents plus graves, tels qu'érysipèle, phlegmon, septicémie*, qui sont cependant signalés parmi les complications possibles de la vaccine. En dehors des accidents bornés que nous signalions tout à l'heure, la seule complication que nous ayons observée bénigne encore, mais intéressante à certains égards, est une éruption de *psoriasis vaccinal* que nous avons décrite ailleurs (1).

Le second avantage du vaccin animal est *son abondance.* Grâce à lui, on peut renoncer à mendier auprès de mères stupides, ingrates, égoïstes, un peu du vaccin qu'on a donné à leur enfant. La vaccination humaine peut suffire à des médecins praticiens, mais elle ne saurait alimenter un service public où en temps d'épidémie surtout, le précieux liquide continuellement renouvelé doit couler à flots. Il nous est arrivé maintes fois, pendant l'épidémie de 1883-1884, de répondre séance tenante ou, au plus tard, le lendemain à des demandes d'électuaire en quantité suffisante pour vacciner 500, 100 personnes ou de faire vacciner directement, près du veau, un nombre égal de sujets. Plus tard, lorsque nous étions médecin adjoint de l'asile de Saint-Yon, quelques cas de variole s'étant produits dans cet établissement, nous offrîmes au directeur, médecin en chef, d'en vacciner tout le personnel : nous envoyâmes une dépêche à notre successeur et ami le Dr Jean Boyer, et le surlendemain, nous reçûmes une plaque d'électuaire qui nous suffit pour faire trois scarifications à plus de 1,000 aliénés. Irait-on aussi vite et aussi largement avec du vaccin humain ? Evidemment non (2).

Une note que nous avons conservée nous apprend que le veau n° 52 nous a fourni de l'électuaire pour 3,052 personnes, encore nous restait-il de cette cueillette une provision de 204 tubes de vaccin liquide à la glycérine. Le tableau suivant, résumé de nos statistiques mensuelles pour les quatre premiers mois de 1884, donnera ainsi une idée des exigences que le vaccin permet seul de satisfaire.

Etat des demandes de vaccin pendant les quatre premiers mois de 1884.

QUALITE ET RESIDENCE DES IMPETRANTS	Lyon	Rhône	Depart.	Étranger	Totaux
Médecins	894	107	103	0	1.104
Sage-femmes	80	45	23	0	148
Hôpitaux, asiles, école vétérinaire	70	2	0	0	72
Autorité militaire	10	0	0	0	10
Etablissem^t d'instruction, communautés.	9	2	0	0	11
Administration préfectorale	0	0	2	0	2
Théâtres	2	0	0	0	2
Divers	3	0	1	1	5
Totaux	1.068	136	129	1	1.354

Le vaccin animal, enfin, est certainement *plus énergique* que le vaccin humain qu'on ne peut obtenir régulièrement qu'en payant aux mères et aux nourrices une prime assez élevée. Un coin d'étable, une table à bascule que le premier menuisier peut fabriquer, quelques menus instruments suffisant à créer un centre de vaccination capable d'éteindre la variole dans tout un canton. C'est avec une consultation de ce genre que M. Vallin a pu récemment faire à Rouen, dans le corps d'armée auquel il était attaché, 5,162 inoculations dont la dépense s'est élevée, par tête, à moins de 5 centimes (4,9 centimes), tandis qu'elle eut été de 23,7 centimes avec du vaccin d'enfant. Quant aux instituts vaccinaux, qui exigent une mise de fonds plus considérable, ce qu'ils coûtent n'est rien à côté des services qu'ils sont appelés à

(1) La *poudre de Reissner* se prépare en pulvérisant dans un mortier d'agate et en tamisant de la pulpe dissertine dans une dissolution à acide sulfurique. On la délaye, avant de l'employer, dans de l'eau glycérinée.

(2) La vaccination animale. *Revue scientifique*, 8 octobre 1887.

(3) Straus. — La tuberculose est-elle transmissible par la vaccine? *Société médicale des hôpitaux*, février 1886.

(4) Rollet. — Art. syphilis. *Dict. Encyclopédique des sciences médicales.*

(5) Vaillard. — *Manuel pratique de vaccination animale.* Paris, 1886.

(1) L. Chambard. Psoriasis vaccinal, signification pathogénique. *Annales de dermatologie*, 1885.

(2) Avant l'installation de l'Institut vaccinal, on était obligé à la Charité de Lyon, pour obliger les mères à se représenter, de leur donner une prime et de leur retenir un gage. Ce sont là des expédients que le but peut excuser, mais incompatibles avec la dignité médicale.

rendre : avec un budget de 7,000 francs, celui de Lyon payait les appointements du conservateur, du vétérinaire et d'un chef de bureau, les salaires d'un gardien et d'un palefrenier et la nourriture ainsi que la moins value d'une cinquantaine de veaux chaque année.

IV

Tous les avantages qu'on ne saurait nier nous font bien augurer *de l'avenir de la vaccination animale.* Elle seule peut, en effet, mettre dans les mains de l'autorité un vaccin assez sûr, assez abondant, assez peu coûteux et d'une inocuité assez certaine pour lui permettre, sinon d'imposer la vaccination obligatoire, du moins d'exiger de tous ceux qui, à un moment donné, dépendent d'elle, à un titre quelconque, élèves des asiles, des écoles, des lycées et des établissements d'enseignement supérieur, conscrits, fonctionnaires et agents des administrations civiles et militaires, candidats de toute sorte, simples citoyens au moment de leur mariage, etc., non plus cette banale constatation de « cicatrices évidentes de vaccin, mais un bon certificat de *revaccination* fraîchement délivré par un médecin-vaccinateur assermenté.

L'organisation d'un service général de vaccination publique serait des plus simples et des moins coûteuses.

La France serait divisée en un certain nombre de régions ayant, par exemple, pour centre, Paris, Lyon, Lille, Rennes, Nancy, Bordeaux, Marseille. Dans chacune de ces villes existerait un *Institut national de vaccination,* sorte d'Ecole normale et d'application, ayant pour objet l'étude scientifique des questions relatives à la vaccination, l'instruction théorique et pratique des futurs vaccinateurs, la préparation, sur une grande échelle, du vaccin animal et, accessoirement, la vaccination des personnes qui s'y présenteraient ou y seraient envoyées par les autorités. Cet Institut fournirait, en outre, aux médecins et sage-femmes de la région, le vaccin nécessaire à leur conservation personnelle et aux *médecins-vaccinateurs cantonaux*, celui dont ils auront besoin, en temps d'épidémie, pour créer, de leur côté, des centres vaccinogènes, et, en temps normal, pour exécuter les vaccinations dont ils seraient officiellement chargés. Cette organisation serait enfin reliée, justifiée et surveillée par des commissions *de surveillance régionales* nommées par les préfets et *des inspecteurs cantonnaux* dont les rapports pourraient être centralisés et étudiés dans l'un des bureaux de la future *direction* ou du futur *ministère de la santé publique.*

Ecole d'infirmières a Lowell. — D'après *The Journal of the Am. med. Assoc.* (21 avril 1888), il s'est fondé, l'an dernier, une école d'infirmières dans l'hôpital de Lowell, et il a été fait un cours de 24 leçons sur l'art de soigner les malades, pendant l'hiver dernier.

Souscription en faveur de Mme Joséphine Beaupère. — Après avoir été pendant plus de vingt années cuisinière à la salle de garde de l'hôpital Lariboisière, Mme Joséphine Beaupère, atteinte d'infirmités, a dû abandonner sa place et se trouve aujourd'hui presque sans ressources et dans l'impossibilité de gagner sa vie. Plusieurs anciens internes de Lariboisière ont pensé que ceux de leurs collègues qui ont fait salle de garde dans cet hôpital, voudraient bien s'associer pour assurer à leur vieille cuisinière le repos de ses derniers jours. Ses prétentions sont modestes ; si l'on ajoutait une rente annuelle de 300 francs aux quelques économies qui lui restent, elle se trouverait parfaitement heureuse. Pour constituer cette rente, il faudrait un capital d'environ 3.800 francs que l'on placerait en viager.

En admettant que cent seulement des anciens internes de Lariboisière répondent à cet appel, il faudrait une cotisation de 30 à 40 fr. pour réaliser cette bonne œuvre. Adresser le montant de sa cotisation à MM. Kirmisson, 17, quai d'Orsay ; — Paul Reynier, 11, rue de Rome ; — Albert Robin, 4, rue St-Pétersbourg.

REVUE CRITIQUE

Du cancer du larynx (*suite*) (1) ;

Par J. Baratoux.

II. Extirpation. — L'extirpation du larynx consiste à enlever tout ou partie de l'organe de phonation. Elle est dite *totale* dans le premier cas, *partielle* dans le second. Lorsqu'on enlève la moitié droite ou gauche du larynx, l'extirpation partielle est dite *unilatérale.* Nous ne nous étendrons pas sur cette question que nous avons développée longuement dans ce journal (voir *Progrès médical*, 1886, nos 13 et 15) ; nous nous contenterons de dire qu'après avoir placé la canule-tampon dans la plaie trachéale faite préalablement, soit pour cause de dyspnée ou spécialement en vue de l'extirpation du larynx, on anesthésie le malade, au moyen de l'appareil de Trendelenbürg, puis on découvre le larynx par une incision le long de la ligne médiane du cou, aux extrémités de laquelle on pratique une ou deux autres incisions perpendiculaires, de manière à avoir deux lambeaux latéraux ; ensuite on isole le larynx et on l'enlève en le sectionnant de préférence de bas en haut. Il y a quelque temps, Solis-Cohen (2) a proposé de modifier les procédés ordinaires en laissant en place une partie du thyroïde qui ne présente généralement aucune lésion. Il pratique une incision sur chaque face du thyroïde, à quelques millimètres de la ligne médiane, de façon à laisser en place la portion médiane du cartilage ; il détache le cricoïde de la trachée, puis le thyroïde de l'œsophage, et divise la membrane thyroïdienne. Cette modification aurait l'avantage de maintenir les fonctions de déglutition.

L'extirpation terminée, on laisse l'appareil de Trendelenbürg dans la trachée ou on le remplace par une canule obstruant complètement le calibre du tuyau aérien ; on place à demeure, pendant quelques jours, une sonde œsophagienne que l'on introduit par la plaie ou par les fosses nasales, on tamponne bien avec de la gaze iodoformée la plaie que l'on suture ensuite. La sonde est laissée en place environ vingt jours, cependant il est des cas où elle a pu être ôtée le troisième jour (Gussenbauer). La canule-tampon est remplacée vers le huitième jour par une canule ordinaire qui sera conservée jusqu'au moment où l'on fera l'application du larynx artificiel. Si l'ouverture de la plaie est trop large, on pourra y remédier par une opération autoplastique, ou bien l'on emploiera un tube vocal de grosse dimension, muni au besoin d'une plaque obturatrice destinée à remplacer la paroi antérieure de l'œsophage et du pharynx (Lange).

Dans l'extirpation partielle, après avoir fait l'incision verticale, on en fait une deuxième horizontale, à l'extrémité inférieure de la première, en la dirigeant du côté de la partie du larynx qu'on veut enlever. On fend alors le thyroïde et le cricoïde qu'on détache de la trachée d'un côté seulement, et l'on fait l'ablation de bas en haut comme pour l'extirpation totale.

Dans l'extirpation unilatérale ou partielle, la nutrition par la sonde se fait généralement pendant peu de temps, et la voix peut même se rétablir complètement, surtout si, au niveau de la corde enlevée, il se forme un tractus cicatriciel, comme cela est arrivé dans le cas de Scheede (3).

(1) Voir *Progrès médical*, nos 20, 22 et 23.

(2) Solis-Cohen. — *Description of a modified laryngectomy*, in *New-York med. Journ.*, 1887, 18 juin, p. 682.

(3) Voir sur ce sujet un article tout récent de la *Deutsche medic. Wochenschrift : Der Kehlkopfskrebs und die Resultate seiner Behandlung*, par Max Scheirer (de Berlin), 7 juin 1888. On y trouvera des tableaux utiles à consulter. (*N. de la R.*)

I. — CANCERS DU LARYNX. — A. *Extirpations totales.*

NUMÉROS.	NOMS de L'OPÉRATEUR.	DATE de L'OPÉRAT.	SEXE.	AGE.	LÉSIONS.	PARTIES ENLEVÉES.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
1	Billroth (de Vienne)	31 déc. 1873	H	36	Epithélioma.	Larynx, partie de l'épigl. et 2 anneaux de la trach	Mort au 7e mois.	Récidive au 4e mois.
2	Heine (de Prague)	28 avr. 1874	H	50	Epith.	Extirpat. tot.	M. au 6e mois.	Récidive.
3	Maas (de Breslau).	1er juin 1874	H	57	Adén. fibr. carc.	Ext. tot.	M. le 14e jour.	Pneumonie.
4	Schmidt (de Francfort) . . .	12 août 1874	H	56	Epith.	Ext. tot.	M. le 4e jour.	Collapsus.
5	Watson (d'Edimbourg). . .	1874	H	60	Epith.	Ext. tot.	M. la 2e semaine.	Pneumonie.
6	Billroth	11 nov. 1874	H	54	Carc.	Ext. tot.	M. le 4e jour.	Pneumonie.
7	Schönborn (de Kœnigsberg)	22 janv. 75	H	72	Cancer.	Ext. tot.	M. le 4e jour.	Bronch. pneum.
8	Langenbeck (de Berlin). . .	21 juil. 1875	H	57	Cancer, lar. et os hyoid.	Lar, os hyoide, partie lang, phar. et œsoph.	M. le 23 novemb.	Réc. gangl. cervic. 4 mois.
9	Multanowski (St-Petersb.).	27 juil. 1875	H	59	Carc.	Ext. tot.	M. le 3e mois.	Pneumonie.
10	Multanowski	9 août 1875	H	47	Carc.	Ext. tot.	M. le 2e mois.	Récidive.
11	Gerdes (de Jever).	30 mars 1876	H	76	Cancer.	Ext. tot.	M. le 4e jour.	Epuisement.
12	Watson	mai 1876	F	60	Ep. lar. et gangl.	Ext. tot.	M. la 1re semaine.	Embolie-pulm.
13	Reyher (de Dorpat).	mai 1876	H	60	Ep. des cordes.	Ext. tot. moins épiglotte.	M. le 11e jour.	Pneumonie.
14	Kosinski (de Varsovie). . .	15 mars 1877	F	36	Epith.	Ext. tot.	M. le 9e mois.	Récidive.
15	Bottini (de Turin).	29 août 1877	H	48	Epith.	Lar. et partie œsoph.	M. le 3e jour.	Pneumonie.
16	Bruns (de Tubingue) . . .	29 janv. 78	H	54	Epith.	Ext. tot.	M. le 9e mois.	Récidive.
17	Billroth	27 fév. 1879	F	43	Epith. lar. et ph.	Ext. tot. part. ph. et œs.	M. la 7e semaine.	Passage de sonde dans le médiastin.
18	Gussenbauer (de Prague). .	24 mars 1879	H	24	Tum. tub. (1).	Ext. tot.	M. le 2e mois.	Tubercul. pulm.
19	Macewen (de Glascow). . .	31 juil. 1879	H	56	Carc., lar. et ph.	Lar. et part. pharynx.	M. le 3e jour.	Pneumonie.
20	Langenbeck.	1879	H	78	Carc.	Ext. tot.	M. le 3e jour.	Collapsus.
21	Billroth	29 nov. 1879	H	60	Carc.	Lar. et part. trachée.	M. le 3e jour.	Pneumonie.
22	Multanowski	4 déc. 1879	H	60	Cancer.	Ext. tot.	M. le 5e jour.	Pneumonie.
23	Reyher (de St-Pétersbourg)	1880	H	48	Cancer.	Ext. tot.	M. le 7e jour.	Bronch. pneum.
24	Thiersch (de Leipzig). . . .	26 fév. 1880	H	36	Epith. glandul.	Ext. tot. et 2 anneaux de la trachée.	M. le 30e mois.	Réc. au 18e mois. 2 op. 11 août 82. M. le 19.
25	Thiersch	15 avr. 1880	H	52	Epith.	Ext. tot.	Guéri 3 ans et 7 m.	
26	Kocher (de Berne)	juillet 1880	—	—	Lupus (1).	Ext. tot.	M. 1883.	Tub. pulm.
27	Novaro (de Turin)	19 août 1880	H	63	Epith.	Ext. tot.	Récidive au 4e m.	Nouv. op. 14 janv. 81. M. d'hémorr. le 21.
28	Billroth	14 sept. 1880	H	26	Epith.	Lar. et un anneau trach.	M. le 8e jour.	Hémorrhagie.
29	Czerny (d'Heidelberg) . . .	11 oct. 1880	H	47	Epith.	Ext. tot.	M. 25 mars 1881.	Récidive.
30	Thiersch	10 nov. 1880	F	45	Epith. glandul.	Lar. et part. phar.	M. 16 mars 1881.	Réc. 6 sem. M. d'hém.
31	Bircher (d'Aarau).	3 déc. 1880	F	49	Squirrhe du corps thyr. envahiss. le larynx.	Excision du corps thyroïde. Récid. 6 mois après. Ext. lar.	M. le 16e jour.	Pneumonie.
32	Pick (de Londres)	16 janv. 1881	H	39	Epith.	Ext. tot.	M. le 5e jour.	Pleur. et péricard.
33	Thiersch	17 janv. 1881	F	57	Epith. glandul.	Lar. et partie pharynx.	M. le 7e jour.	Pneumonie.
34	Toro (de Cadix)	9 mars 1881	H	—	Epith.	Lar. Os hyoide.	M. le 4e jour.	Pneumonie.
35	Foulis (de Glascow)	30 avr. 1881	H	50	Epith.	Ext. tot.	G. août. 1881.	
36	Czerny	12 mai 1881	H	47	Epith.	Lar. 2 anneaux trach.	M. le 10e mois.	Récidive.
37	Reyher	14 mai 1881	H	57	Carc.	Ext. tot.	M. le 5e jour.	Pneumonie.
38	Tilanus (d'Amsterdam). . .	mai 1881	H	51	Epith.	Ext. tot.	M. 36 heures.	Collapsus.
39	Gussenbauer	19 mai 1881	H	48	Epith.	Ext. tot.	G. avril 1886.	
40	Volker (de Brunschwick) .	28 mai 1881	F	44	Epith.	Ext. tot.	M. le 5e mois.	Suffoc. en retirant la canule.
41	Albert (de Vienne)	6 juill. 1881	H	45	Epith.	Lar. moins l'épiglotte.	M. 8 jours.	Br. pneum.
42	Hahn (de Berlin)	12 août 1881	H	46	Carc.	Ext. tot.	M. 8 sept. 1881.	Gangl. pulm.
43	Margary (de Turin).	29 sept. 1881	F	36	Ep. lar. et œs.	Lar. un ann. trac. corps th. Part. œsoph. et phar.	3e mois, récidive.	Récidive.
44	Gussenbauer	Octob. 1881	H	62	Epith.	Ext. tot.	G. 4 ans 1/2.	
45	Gussenbauer	Octob. 1881	H	65	Carc.	Ext. tot.	G. le 6e mois.	
46	Reyher	10 oct. 1881	H	73	Carc.	Lar. 3 anneaux trach.	M. le 9e mois.	Récidive.
47	Reyher	10 oct. 1881	H	65	Carc.	Ext. tot.	M. le 7e jour.	Pn. sept.
48	Scheede (de Hambourg) . .	4 nov. 1881	H	54	Epith.	Lar. Os hyoide et c. thyr.	G. le 6e mois.	Réc. au 7e m. Suicide.
49	Novaro	28 janv. 1882	H	65	Carc.	Lar. et ann. sup. de la tra.	M. 8 mars.	
50	Holmer (de Copenhague). .	15 mars 1882	H	57	Epith.	Lar. moins épiglotte.	M. le 7e mois.	Récidive.
51	Maydl (de Vienne)	25 mars 1882	H	16	Epith.	Lar. et part. sup. de trach.	M. 5 jours.	Hémorr.
52	Reyher	7 avril 1882	H	55	Epith.	Lar. phar. et partie œsoph.	M. 14 jours.	Consomption.
53	Kocher	13 mai 1882	H	54	Carc.	Lar. et gangl.	Réc le 7e m. dans ganglions.	G. 21 août 1883.
54	Whitehead (de Manchester).	28 mai 1882	H	46	Epit. de corde dr.	Cart. cric. et thyr. 2 ann. trach.	G. 31 janv. 1883.	
55	Hogden (de St-Louis) . . .	juillet 1882	F	—	Raucité de la voix (1)	Ext. tot.	M. le 4e jour.	
56	Holmer	18 juil. 1882	H	63	Epith.	Lar. moins épigl.	M. le 4e mois.	Récidive.
57	Burow (de Kœnigsberg) . .	25 juil. 1882	H	44	Carc.	Lar. moins épigl.	M. 15 novembr.	Suffocc.
58	Novaro	26 juil. 1882	H	52	Carc.	Ext. tot.	G. juin 1887.	
59	Novaro	18 août 1882	H	72	Epith.	Ext. tot.	M. 19 avril 1883.	Suff. par introd. d'une plume dans la canule.
60	Kocher	28 sept. 1882	H	43	Canc.	Lar. et part. œsoph.	G. septemb. 1884.	
61	Winiwarter (de Liège) . . .	octob. 1882	H	51	Canc.	Lar. et part. phar. Résect. de la veine jugul. int.	M. la 9e semaine.	Inanition.
62	Mac Leod (de Calcutta) . .	15 nov. 1882	H	35	T. fong. du cou (1).	Lar. et corps thyr.	M. le 5e mois.	Tub. pul.

(1) Affection prise pour un cancer.

I. — CANCERS DU LARYNX. — A. *Extirpations totales* (Suite).

NUMÉROS.	DOMS de L'OPÉRATEUR.	DATE de L'OPÉRAT.	SEXE.	AGE.	LÉSIONS.	PARTIES ENLEVÉES.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
63	Gussenbauer	6 févr. 1883	H	63	Epith.	Cart. et muscl. Conservation de l'épigl. et de la muqueuse aryt. épigl.	G. 1886.	
64	Axel Iversen (Copenhague).	3 juill 1883	F	44	Carc. ph. et lar.	Lar. et part. ph. et œsoph.	M. le 3e mois.	Septicémie.
65	Leisrink (de Hambourg)	8 aout 1883	H	72	Epith.	Ext. tot.	M. le 4e mois.	Pneumonie.
66	Bergmann (de Berlin)	1883	H	–	Carc.	Ext. tot.	M. le 4e jour.	Pneumonie.
67	Novaro	1er oct. 1883	H	54	Epith.	Lar. Corps th. et part. ph.	M. 3 novembre.	Pneumonie.
68	Hahn	18 oct. 1883	H	58	Cancer.	Ext. tot.	M. 19 nov. 1883.	Pleur. Bronch. put.
69	Maydl.	1883	F	45	Carc.	Ext. tot.	M. le 7e jour.	Pneumonie.
70	Köcher	1883	—	—	Carc.	Ext. tot.	G. sept. 1884.	Récid. gangl.
71	Hahn (1)	11 févr. 1884	H	43	Canc.	Ext. tot.	M. 10 avril 1885.	4 réc. Marasme. La 1re le 13 juin 1885.
72	Vogt (de Greifswald).	16 fév. 1884	F	29	Carc.	Lar.	M. le 4e jour.	Pneumonie.
73	Thomas Jones (Manchester)	26 avril 1884	H	44	Epith. lob.	Lar. part. ph. 1 ann. trach.	G. 14 juin 1884.	Récid. dans glandes.
74	Maydl.	27 mai 1884	H	45	Cancer.	Ext. tot.	M. le 4e jour.	Hémorrh.
75	Lange (de New-York)	11 juill. 1884	F	30	Cancer.	Ext. tot.	M. le 6e jour.	Septicémie.
76	Axel Iversen	12 juil. 1884	H	48	Epith.	Lar. et part. ph.	G. avril 1885.	
77	Jordan Llyod.	22 nov. 1884	H	51	Tum. tub. (2),	Ext. tot.	M. le 6e jour.	Tub. pulm.
78	Durante (de Rome).	1884	—	—	Carc.	Ext. tot.	M. 2 jours 1/2.	
79	Scheede.	1884	F	58	—	Ext. tot.	—	
80	Scheede.	1884	H	69	—	Ext. tot.	—	
81	Rosswell Park (de Buffalo)	28 juin 1885	H	64	Epith.	Ext. tot.	G. décemb. 1885.	
82	Bergmann.	1885	H	46	Epith.	Ext. tot.	G. avril 1888.	
83	Newmann (de Glascow)	1er fév. 1886	H	37	Epith.	Ext. tot.	G. juillet 1886.	
84	Hahn	17 fév. 1886	H	60	Carc.	Ext. tot.	M. 28 févr. 1886.	Pneum. Erys.
85	Péan (de Paris)	27 fév. 1886	H	35	Syphilome (2).	Lar. moins épigl.	G. 1er avr. 1888.	Rétréc.
86	Labbé (de Paris)	31 mars 1886	H	50	Epith. lob.	Ext. tot. 1 anneau trach.	M. 4 mois. 1/2.	Récidive.
87	Hahn	29 mai 1886	H	51	Carc.	Ext. tot.	G. déc. 1887.	Réc. et mort probable.
88	Mikulicz (de Cracovie).	1886	—	—	Cancer.	Ext. tot.	M quelques mois.	Inanition.
89	Mikulicz.	1886	—	—	Cancer.	Ext. tot.	M. quelques sem.	
90	J. Bœckel (de Strasbourg).	7 oct. 1886	H	58	Cancer.	Ext. tot.	M. le jour même	Suffoc.
91	Dupont	29 oct. 1886	H	52	Cancer.	Ext. tot.	M. 12 mars 1888.	
92	Rosenberger	18 nov. 1886	H	46	Carc.	Ext. tot.	M. 12 h. après.	
93	Kosinski	19 nov. 1886	H	62	Carc.	Ext. tot.	M. la 8e semaine.	Pneumonie.
94	Hayes Agnew (New-York).	1886	H	58	Epith.	Lar. part. phar. œsoph.	M. le 5e jour.	Suffoc.
95	Jordan Llyod.	1886	H	51	Tub. lar. (2).	Ext. tot.	M. le 6e jour.	Tub. pulm.
96	Kronlein	4 déc. 1886	F	33	Epith.	Ext. tot.	M. 10 mars 1887.	
97	Gardner.	1886	H	60	Epith.	Ext. tot.	M. le 4e mois.	Récidive.
98	Stelzner.	9 fév. 1887	H	—	Cancer.	Ext. tot.	G. 12 mars 1887.	
99	Novaro	3 mars 1887	H	41	Epith.	Ext. tot.	G. juin 1887.	
100	Labbé.	8 mars 1887	H	56	Epith.	Ext. tot.	M. 10 nov. 1887.	Réc. fin juin.
101	Hahn	5 mai 1887	H	37	Carc.	Ext tot. (3).	M. le 4e mois.	Pas de récid.
102	Novaro	14 juil 1887	H	72	Epith.	Ext. tot.	G. août 1887.	
103	Billroth	1887	—	—	Carc.	Ext. tot.	M. la nuit même.	Syncope.
104	Bergmann.	15 nov. 1887	H	—	Epith.	Ext. tot.	M. 21 nov. 1887.	Pneumonie.
105	Hutley	déc. 1887	—	—	Epith.	Ext. tot.		
106	W. T. Bull (de N.-York).	1887	—	—	Epith.	Ext. tot.	G. aout. 1887.	
					B. — *Extirpations partielles.*			
1	Maas	5 fév. 1876	H	50	Epith.	Lar. moins épigl. et partie du cricoïde.	M. le 6e mois. Hemorr.	Recidive au 3e mois.
2	Wegner (de Berlin)	17 sept. 1877	F	52	Carc.	Lar. moins moitié inf. du cricoïde.	G. 12 avril 1878.	
3	Langenbeck.	1879	F	78	Carc.	Ext. part	M. le 3e jour.	Collapsus.
4	Hahn	23 oct. 1880	H	68	Epith.	Lar. moins part. du thyr.	G mars 1888.	
5	Köcher	16 mai 1881	H	59	Carc.	Lar. moins part. du cric.	M. 2 ans.	Cancer adom.
6	Maydl.	août 1882	H	50	Ep. cyl.	Lar. moins cricoïde.	G. 2 ans.	
7	Winiwarter.	sept. 1882	H	46	Cancer.	Lar. moins cricoïde.	M.	Récid. avril 1883.
8	Lücke (de Strasbourg)	23 juil. 1883	F	54	Epith.	Lar. moins moitié inf. cr.	G. novemb. 1885.	
9	Billroth	8 nov. 1883	H	60	Epith. de l'épigl.	Epigl. et tiers sup. du th.	M. la 5e semaine.	Pneumonie.
10	Holmes (de Londres).	6 mai 1884	H	63	Epith.	Lar. moins 1/2 g. du cric.	M. 40 heures.	Collapsus.
11	Billroth	6 sept. 1884	H	46	Carc.	Lar. moins cricoïde.	G. 31 oct. 1884.	
12	Hahn	12 oct 1884	H	53	Carc.	Epigl. et partie thyroïde.	M. le 4e jour.	Médiast. et pneum.
13	Hahn	3 nov. 1884	F	52	Canc. lar. et œs.	Cart. thyr. et épigl.	M. le 6e mois.	Récidivive.
14	Frænkel (de Berlin).	1884	H	75	Carc.	Ext. part.		A récidivé plus. fois.
15	Störk (de Vienne)	1885	H	—	Epith.	Cart. thyr.	G. nov. 1887.	
16	Morris.	1885	H	59	Epith.	Thyroïde et part. du cric.	M. le 8e jour.	Collapsus.
17	Labbé	19 fév. 1886	H	51	Epith. lob.	Lar. moins partie annul. du cricoïde.	M. 14 jours.	Pneumonie.
18	Péan	6 mars 1886	H	64	Epith. lob.	Thyroïde et arytén.	M. 8 jours.	Pn. par intr. de sonde œs. dans trachée et pénétration du lait.
19	Butlin (de Londres)	26 juin 1886	H	50	Epith.	Moitié gauche du lar. Corde voc. et band. vent. dr.	G. nov. 1886.	D'abord abl. à la pince. Réc. Ext. part.

(1) 1884 et non l'année qu'on donne dans le *Sammlung kl. Vort.*, de R. Wolkmann, p. 9. (Com. écrite de Hahn).
(2) Affection prise pour un cancer.
(3) Ce malade avait déjà subi la laryngotomie avec excision et cauterisation de la tumeur, le 12 décembre 1886. Récidive.

B. — *Extirpations partielles* (Suite).

NUMÉROS.	NOMS de L'OPÉRATEUR.	DATE de L'OPÉRAT.	SEXE.	AGE.	LÉSIONS.	PARTIES ENLEVÉES.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
20	Lennox-Brown (de Londres.	15 déc. 1886	H	61	Epith.	Ext. part.	G. février 1887.	
21	Kraske (de Fribourg) . . .	—	—	—	Cancer.	Ext. part.	—	Récid. 16 mois.
22	Kraske	—	—	—	Cancer.	Ext. part.	—	Réc. 4 mois.
23	Mikulicz.	—	—	—	Cancer.	Ext. part.	G. un an.	
24	Koller.	—	—	—	Cancer.	Ext. part.	—	
25	Koller.	—	—	—	Cancer.	Ext. part.	—	
26	Desmons (de Bordeaux) . .	7 juin 1887	H	57	Epitb.	Lar. moins partie cricoïde.	G. 12 mars 1888.	
27	Simanowsky	1887	—	—	Cancer.	Ext. part.	—	
28	D. Molière (de Lyon). . . .	15 déc. 1887	H	63	Epith.	Tiers post. du lar.	G. 15 janv. 1888.	

C. — *Extirpations unilatérales.*

NUMÉROS.	NOMS de L'OPÉRATEUR.	DATE de L'OPÉRAT.	SEXE.	AGE.	LÉSIONS.	PARTIES ENLEVÉES.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
1	Billroth	7 juil. 1878	H	50	Epit. de corde g.	Ext. un. g.	M. 2 ans.	Rec. au 6e mois.
2	Reyher	9 mars 1880	H	57	Carc.	Ext. u. g.	G. le 14e mois.	
3	Billroth	11 fév. 1881	H	65	Carc. lar. et ph.	Ext. u. d. lar. et phar.	M. la 5e semaine.	Septicémie.
4	Winiwarter.	19 avril 1881	F	55	Carc.	Ext. u. g.	G. 3 ans et 4 mois.	
5	Skliffasowski (de St-Petersb.)	1882	H	47	Carc.	Ext. u. d.		Réc. au 3e mois.
6	Scheede.	19 oct. 1882	H	42	Epith. corné.	Ext. u. d.	G. avril 1884.	
7	Clinton Wagner (de N.-York)	22 fév. 1883	H	53	Epith. Réc.	Ext. u. d. et 1 ann. trach.	M. le 12e jour.	Collapsus.
8	Hahn	11 août 1883	H	54	Carc.	Ext. u.	G. 28 nov. 1883. Réc. déc. 1884.	Ext. tot. 5 janv. 1885. Mort. 15 janv. 1885.
9	Kuster (de Berlin)	—	—	—	Cancer.	Ext. u.	G.	
10	Kuster	—	—	—	Cancer.	Ext. u.	G.	
11	Kuster	—	—	—	Cancer.	Ext. u.	G.	
12	Billroth	25 juin 1884	H	60	Ep. de cor. d.	Ext. u. d.	G. oct. 1884.	Rét. consécut.
13	Billroth	15 juil. 1884	H	58	Car. 1/2 ph. et lar.	Ext. u. du phar. et lar.		Récid. 9 sept. 1884.
14	Socin (de Bâle).	16 mars 1885	H	56	Cancer.	Ext. u. g. et part. sup. œs.		Réc. Ext. de l'autre moitié le 26 mai 1885. M. 6 juin 85. Hémor.
15	Hahn et Semon	3 mai 1885	H	52	Cancer.	Ext. u.	G. décemb. 1887.	
16	Billroth	18 déc. 1885	H	—	Epith.	Ext. u.		
17	Hahn	18 déc. 1886	H	68	Carc.	Ext. u.	M. quelques jours.	Bronchite.
18	Rushton Parker (Liverpool)	15 mars 1887	H	39	Epith.	Ext. u. g.	M. 30 août 1887.	
19	Hahn.	29 juin 1887	H	43	Carc.	Ext. u.	M. 15 jours.	Médiast. et br. pulm.
20	Desmons	6 mai 1887	H	44	Ep. lob. de l'épig.	Ext. des 2/3 supérieurs du thyr part. lat. ph. et base langue.	G. 15 déc. 1887.	Réc. au 9e mois.
21	Hahn	16 nov. 1887	H	36	Carc.	Ext. u.	G. 21 déc. 1887.	Perdu de vue.
22	Hahn	21 fév. 1888	H	42	Carc.	Ext. u.	G. fin mars 1888.	

II. — SARCOMES. — A. *Extirpations totales.*

NUMÉROS.	NOMS de L'OPÉRATEUR.	DATE de L'OPÉRAT.	SEXE.	AGE.	LÉSIONS.	PARTIES ENLEVÉES.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
1	Bottini (de Turin).	6 févr. 1875	H	24	Sarc.	Ext. tot.	G. oct. 1884.	
2	Czerny	24 août 1878	H	46	Lymph. Sarc.	Ext. tot.	M. 30 nov. 1879.	Réc. Pleurésie.
3	C. Azzio Caselli (de R.-Emilia)	20 sept. 1879	F	19	Sarc.	Ext. tot. Lar. et phar. base langue. Amygd. et voile du palais.	G. 1884.	
4	Lange.	12 oct. 1879	H	74	Sarc.	Ext. tot. Corne droite de l'os hyoïde.	M. le 7e mois.	Réc. M. d'asthénie.
5	Bergmann (de Wurbourg).	12 juin 1882	H	54	Adén. Sarc.	Ext. tot.	M. 1883.	Récid. février 1883.
6	Mac Leod	19 sept. 1883	H	54	Sarc.	Lar et part. phar.	M. 5 jours.	Hémorr. second.
7	Hahn	17 mai 1885	H	43	Sarc.	Ext. tot.	M. le 6e mois.	Récidive.

B. — *Extirpations partielles.*

NUMÉROS.	NOMS de L'OPÉRATEUR.	DATE de L'OPÉRAT.	SEXE.	AGE.	LÉSIONS.	PARTIES ENLEVÉES.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
1	Foulis.	10 sept. 1877	H	28	Sarcome.	Lar. moins cornes sup. du thyr. 1/3 des aryten.	M. 1er mars 1879.	Tub. pul.
2	Labbé.	12 mars 1885	H	59	Sarc fasc.	Lar. moins rondelle inf. du cricoïde.	M. 6 juin 1885.	Pneumonie.

C. — *Extirpations unilatérales.*

NUMÉROS.	NOMS de L'OPÉRATEUR.	DATE de L'OPÉRAT.	SEXE.	AGE.	LÉSIONS.	PARTIES ENLEVÉES.	RÉSULTATS.	REMARQUES.
1	Arpad Gerster (de N.-York).	5 mai 1880	H	50	Sarc. de 1/2 dr. du lar. et base lang.	Ext. u. d.	M. 9 mars 1881.	Pleurésie.
2	Kuster	1881	H	50	Sarc. de corde d.	Ext. u. d.	G. avril. 1884.	Opér. intra-lar. multip. Réc. alors ext. du. lar.
3	Gerster..	27 avril 1885	H	57	Sarc.	Ext. u.	G. février 1886.	

Jusqu'à ce jour, on a pratiqué 167 extirpations du larynx pour tumeurs cancéreuses ou supposées cancéreuses, se décomposant ainsi :

112 extirpations totales (1),	dont 105	pour cancers et 7	pour sarcomes.
30 extirpations partielles,	dont 28	id. 2	id.
25 extirpat. unilatérales,	dont 22	id. 3	id.
167 extirpations,	dont 155 p.	cancers et 12	pour sarc.

(1) Nous faisons rentrer parmi les extirpations totales l'ablation du larynx sans l'épiglotte.

Sur les 105 extirpations totales pour cancers, 6 ont été pratiquées par suite d'une erreur de diagnostic ; chez le nº 85, atteint de sténose syphilitique (guéri) ; et chez les nºs 18, 26, 62, 77 et 95 présentant des tumeurs de nature tuberculeuse ; ceux-ci ont succombé à cette dernière affection respectivement une semaine, deux ans et demi, 5 mois et 6 jours après l'opération. C'est donc 106 extirpations totales qui ont été faites pour les cancers.

Nous allons passer successivement en revue les résultats obtenus par cette opération.

A. *Extirpation totale.* — L'extirpation totale peut être suivie d'accidents dus à l'opération même ou de complications du côté de l'appareil respiratoire. Depuis que l'on s'est attaché à pratiquer rigoureusement le pansement antiseptique, on a pu éviter les accidents des plaies. En effet, un seul malade est mort de septicémie 6 jours après l'opération et un deuxième 3 mois après. En prenant les précautions que nous avons énumérées plus haut pour empêcher le sang et les mucosités de s'écouler dans la trachée, on n'aura pas à craindre les accès de suffocation qui ont été funestes à deux malades le jour même de l'opération chez l'un et cinq jours après chez l'autre.

Parmi les autres accidents mortels dûs à l'opération, nous trouvons pendant les huit premiers jours : 6 fois le collapsus ou l'épuisement, 4 fois l'hémorrhagie traumatique (trois cas de cancer et un de sarcome) et une fois l'embolie pulmonaire. La mort a été due à une cause inconnue dans trois cas (1). Ainsi les 106 extirpations totales du larynx ont fourni 17 *cas de morts opératoires* pour cancers, soit une *proportion de* 16 *pour* 100.

Cette proportion est élevée, mais il faut tenir compte que l'on opère des malades qui, la plupart du temps, sont dans un état d'affaiblissement assez prononcé ; aussi sont-ils mal disposés pour lutter contre les complications survenant si fréquemment du côté de l'appareil respiratoire, pendant les deux premières semaines qui suivent l'opération. Dans les observations précédentes, nous ne relevons aucun cas de sarcome ayant succombé à la pneumonie, mais il n'en est pas de même pour les cancers proprement dits : 25 fois la pneumonie, la broncho-pneumonie et la pleurésie ont enlevé les opérés. C'est du trois au septième jour que la mort est la plus fréquente ; deux fois elle n'est survenue qu'au bout d'un mois. Un malade a aussi succombé à la gangrène pulmonaire vingt-sept jours après l'opération.

Ainsi sur les 89 opérés qui n'ont pas succombé aux accidents dus à l'opération, 25 sont morts d'affections pulmonaires. Donc la proportion des morts pour complication thoracique dans les deux premières semaines (3 opérés seulement ont vécu plus longtemps) est de 20 pour 100.

Ces accidents pulmonaires sont surtout attribués à l'introduction de matières septiques dans les voies respiratoires ou encore à une inflammation accidentelle ou bien aussi à un état inflammatoire existant déjà au moment de l'opération, comme l'a démontré Max Schüller (2).

Aux cas précédents qui ont succombé nous devons ajouter 3 nouvelles morts par pneumonie tardive, les deuxième, troisième et quatrième mois ; 2 morts au bout de neuf semaines ou de quelques mois par inanition due au non-rétablissement de la déglutition et à la difficulté d'alimentation par la sonde œsophagienne ; 3 morts aux quatrième, cinquième et huitième mois par suffocation subite résultant de la pénétration d'un corps étranger dans les voies aériennes ou de l'enlèvement de la canule, comme chez le malade de Wölker ; 1 mort la septième semaine par suite du passage de la sonde dans le médiastin ; 1 mort par septicémie au troisième mois ; enfin 4 morts de nature inconnue dont deux le trente-sixième jour et le quatrième mois ; en somme, 14 morts sur les 64 survivants ; ce qui, relativement au nombre d'extirpations, donne une proportion de 16 morts pour 100, par affection survenant dans les mois qui suivent l'opération, en ne tenant pas compte des récidives que nous étudierons à part.

Ainsi, sur les 106 sujets auxquels on a pratiqué l'extirpation totale, 42 ont déjà succombé dès les premiers mois, et 14 ne peuvent guère dépasser le quatrième mois, ce qui donne une proportion de mortalité de 52,8 pour 100, sans tenir compte de la mortalité consécutive aux récidives.

En effet, sur les 50 opérés qui restent, on note 28 fois la récidive (3 fois la récidive a été ganglionnaire) dont 4 fois chez les malades atteints de sarcome. Dans un grand nombre d'observations on n'a pas noté les dates de réapparitions du cancer. Nous avons pu constater, dans 13 cancers proprement dits, que la récidive avait eu lieu.

1 fois à la sixième semaine (mort 4 mois après l'opération).
1 — au deuxième mois.
2 — au troisième mois (1 cas de mort 8 mois après l'opér.).
4 — au quatrième — (avec mort, 4, 5, 7 et 14 mois après l'opération.)
3 — au septième — (1 cas de mort peu après, les autres vivant 8 et 15 mois après l'opérat.).
1 — au douzième.
1 — au dix-huitième mois (mort au 30e mois).

et que dans un cas de sarcome la récidive avait eu lieu au huitième mois.

Dans les 14 autres cas de récidive on s'est contenté de donner la date de la mort sans préciser l'époque de la nouvelle apparition du mal.

1 mort au deuxième mois.
4 morts (dont un sarcome) au quatrième mois.
1 mort au cinquième.
1 — au sixième.
2 — (dont un sarcome au septième).
3 — au neuvième.
1 — au dixième.
1 — (sarcome au quinzième).

En résumé, la mortalité par récidive est de 26 pour 100. C'est du quatrième au dixième mois qu'elle est la plus fréquente ; nous avons, en effet, noté 22 morts, pendant ces 6 mois.

Quant aux survies sans récidive, elles sont au nombre de 22 (20 cancers et 2 sarcomes).

Elles datent de quelques jours	dans 1 cas
— quelques semaines	— 1 —
— 1 mois	— 2 —
— 3 —	— 1 —
— 5 —	— 3 —
— 6 —	— 2 —
— 8 —	— 1 —
— 9 —	— 1 —
— 17 —	— 1 —
— 2 ans	— 1 —
— 3 ans	— 2 —
— 3 ans et 7 mois	— 1 —
— 4 ans et demi	— 1 —
— 5 ans	— 3 (dont 1 sarcome).
— 9 ans et 8 mois	— 1 (sarcome).

En considérant comme guéris tous les opérés qui ont dépassé le douzième mois, on trouve seulement 9 résultats favorables, ce qui donne une proportion de 8,5 guérison pour 100 extirpations totales.

La proportion des guérisons à la suite de l'ablation totale est de 9 pour 100, pour les cancers et de 28 pour les sarcomes.

(1) Dans un autre cas d'extirpation totale pour cancer, la mort a été notée 36 jours après l'opération ; dans deux autres cas, la date et la cause de la mort ne sont pas indiquées.

(2) Max Schüller. — *Berl. kl. Woch.*, 1882, 2 oct.

B. *Extirpation partielle.*— Elles sont au nombre de 32 dont 30 pour les cancers proprement dits.

Elles ont fourni 12 morts dont :

3 par collapsus
4 par pneumonie dans les deux premières semaines.
1 par pneumonie au troisième mois (sarcome).
1 par tuberculose pulmonaire, au dix-huitième mois (sarcome).
3 cas pour des affections inconnues.

Ce qui donne une mortalité de 37,5 pour 100 dont 22 pour 100 pour les deux premières semaines.

Il y a eu 6 récidives dont :

1 au 3e mois (la mort est survenue au 6e mois).
1 au 4 —
1 au 8 —
1 au 16 —

Dans les deux autres cas on ne connait que la date de la mort de l'un d'eux au sixième mois.

Ajoutons à ce tableau, un cas de généralisation de cancer à l'abdomen, deux ans après l'extirpation du larynx.

La proportion des récidivesest donc de 18,7 pour 100.

Quant aux guérisons, les opérés ont été surveillés :

Pendant 1 mois	1 fois.
— 2 —	2 —
— 5 —	1 —
— 7 —	1 —
— 9 —	1 —
— 1 an	1 —
— 2 ans	2 —
— 2 ans et 4 mois	1 —
— 7 ans et 5 mois	1 —

Aucun des cas d'extirpation de sarcome n'a guéri. Si l'on considère comme guéris tous les opérés qui ont survécu plus de douze mois, on trouve que la proportion est de 12 pour 100. Elle est donc plus favorable que dans l'extirpation totale. (*A suivre.*)

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Mal de mer et Antipyrine.

On n'a pas lu, sans y prêter une certaine attention, l'article récent de notre collaborateur et ami, A. Raoult (1), sur les dangers de l'*Antipyrine* ou plutôt de l'*Analgésine*. Nous désirons revenir aujourd'hui sur ce médicament, non point pour signaler un nouvel inconvénient de cette substance sur lequel on a tout dernièrement fait une communication à une Société savante de Paris (2) et qu'il faudrait ajouter à ceux déjà signalés ; — non point pour en indiquer les nouvelles applications (il y en a tant ! !) (3) ; — mais dans le but d'insister un peu sur son emploi dans le *mal de mer*, question fort à l'ordre du jour pendant le dernier Congrès de l'Association française à Oran.

On se souvient que cette substance a été pronée par M. Ossian Bonnet, à l'Académie de médecine, au commencement de cette année (1) comme le meilleur remède capable de combattre la naupathie. Ce médecin, qui l'a essayée à diverses reprises, pendant deux voyages transatlantiques, recommande de l'administrer à la dose de 1 gr., 1 gr. 50 ou 2 gr. ; il prétend en avoir obtenu de très bons résultats. Il a publié des observations sur ce sujet et on les trouvera dans les Bulletins de l'Académie. (Voir aussi *Ac. des Sciences*, 21 nov. 1887).

Une discussion suivit la communication de M. Bonnet, mais il n'en jaillit point une grande lumière. M. Aubert écrivit alors dans le *Lyon médical* (2) un intéressant bulletin sur les divers traitements du mal de mer et fit, à cette époque, la judicieuse proposition suivante : « Il serait à désirer que les membres de l'Association française pour l'avancement des sciences qui vont, en avril prochain, aller assister au Congrès d'Oran, profitent de la traversée de la Méditerranée pour recueillir de nouvelles observations destinées à contrôler les assertions de M. Bonnet sur la valeur de l'antipyrine et les divers modes de traitement préconisés par certains membres de l'Académie de médecine contre le mal de mer. »

L'expérience a été tentée en grand, d'après le conseil du comité central d'organisation des Congrès. Il avait recommandé, en effet, à ceux de ses membres se rendant à Oran, d'essayer cette substance pour prévenir ou au moins calmer les émotions... stomacales dont quelques-uns pourraient avoir à se plaindre pendant la traversée de la Méditerranée. Cette expérience, étant données les conditions dans lesquelles elle a été organisée, la qualité des sujets qui ont servi à la tenter, vaut la peine d'être contée en détails. D'ailleurs, le récit en a été fait déjà dans un article de M. Étienne Rollet, paru dans le *Lyon médical* (3), et analysé successivement par plusieurs autres journaux de Paris (4) ; nous n'avons donc qu'à la résumer en la complétant par quelques réflexions d'un témoin oculaire.

Les médecins et hommes de science à estomac sensible, qui sur divers paquebots et par des voies différentes se rendirent à Oran, confiants dans l'oracle, dès la première alerte, usèrent avec conviction du précieux remède. Il paraît même que quelques passagers avaient pris de l'antipyrine deux ou trois jours avant de s'embarquer, n'ayant point le courage d'attendre l'estomac ferme les premières atteintes du *mal* ! Pour les uns comme pour les autres, les résultats de ce traitement ne se firent pas longtemps attendre, et cela sur les différents bateaux, dès la sortie du port de Marseille, endroit néfaste, s'il en fut, pour tout gaster non aguerri. Au bout de quelques instants, la question de l'antipyrine était absolument jugée. Nous n'insistons pas et ne rapportons pas d'observations qui seraient identiques à celles de M. Rollet (5). En somme, insuccès complet sur

(1) Voir *Progrès médical*, n° 21, p. 412, 26 mai 1888.

(2) Roulin. — *Accidents fébriles dus à l'antipyrine* ; comm. à la *Soc. de méd. prat.* de Paris, le 24 mai 1888 ; analysée in *Bullet. méd.* du 27 mai 1888.

(3) Antipyrine dans l'asthme ; in *Un. méd.*, 29 mai 1888. — Antipyrine et sécrétion urinaire, par Livon ; comm. au *Congrès des Soc. Sav. de Paris*, avril 1888 ; analysée in *Bull. méd.* et *Sem. méd.*, 27 mai 1888. — Antipyrine dans la polyurie, par Huchard, Bucquoy, etc. ; comm. à la *Soc. de Thérap.*, le 22 février et 25 avril 1888, analysées in *Progrès médical*. — Antipyrine dans les affections oculaires, par Grand Clément ; in *Soc. franç. d'opht.*, congrès de 1888, analysée in *Prog. méd.*, p. 376, mai 1888, etc..

(1) *Bull. Acad. de méd.*, 10 janvier 1888.

(2) *Lyon médical*, 22 janvier 1888, p. 145.

(3) Rollet. — *Traitement du mal de mer par l'antipyrine dans le voyage au Congrès d'Oran* ; in *Lyon médical*, du 29 avril 1888, p. 695.

(4) *Tribune médicale*, 13 mai 1888. — *Bull. médical*, 20 mai 1888.

(5) M. Rollet ne parle que de la *Ville de Rome* sur lequel il se trouvait. Mêmes constatations furent faites sur la *Ville de Naples*, partie de Marseille à destination d'Alger.

toute la ligne..... des paquebots partant de France pour l'Algérie. A la section des sciences médicales, pendant le Congrès d'Oran, ce n'étaient qu'imprécations contre la fameuse panacée. Un membre des plus en vue de l'Association était même disposé à relater ces faits à l'Académie de médecine dès son retour à Paris (1). Chacun se promettait d'ailleurs, dès sa rentrée en France, de dire son fait à celui qui avait lancé pareille affirmation, à savoir que l'antipyrine était un remède souverain contre le mal de mer. Ce qui fut fait, dans une certaine mesure au moins, comme on a pu le voir. Et même d'autres aussi l'ont dit qui n'étaient point sur le champ d'expériences! Mais qu'importe! On doit en conclure, aujourd'hui, que l'antipyrine ne calme en rien la naupathie.

Qui plus est, à ce que rapporte M. Rollet, plusieurs passagers « accusèrent ce médicament de provoquer un effet nauséeux et le vomissement. » Ainsi, comme y insiste d'une façon un peu exagérée M. Laborde, dans la *Tribune médicale*, non seulement l'antipyrine n'empêche point de souffrir du mal de mer, mais elle peut présenter certain inconvénient, en ce sens que l'ingestion de ce remède peut parfois augmenter les douleurs épigastriques bien connues de tous ceux qui sont sujets à la naupathie. Quelques-uns auraient même éprouvé «comme une sensation de torsion de l'estomac», ajoute M. Laborde. Nous enregistrons ces dernières affirmations, mais on nous permettra de ne point accuser l'antipyrine dans de semblables proportions! Cependant, il nous paraît utile de signaler la remarque suivante: Quelques personnes, allant de Marseille à Oran, furent prises de vomissements après l'ingestion préventive d'antipyrine, alors qu'au retour elles supportèrent sans encombre une autre traversée par une mer aussi mauvaise. Aussi jurèrent-elles de n'en plus user. Peut-être l'antipyrine employée est-elle impure, de qualité inférieure? Si telle est la raison des accidents de cette sorte, nous pouvons penser qu'il ne se reproduiront plus désormais, puisqu'aujourd'hui on peut fabriquer en France de l'*analgésine* (2) et de la meilleure!

M. Rollet termine son article du *Lyon médical* par quelques considérations intéressantes sur la pathogénie du mal de mer. C'est à bon droit qu'il discute et réfute la théorie de MM. Bonnet et Dupuy, d'après lequel l'embarras gastrique jouerait un rôle prépondérant comme cause prédisposante dans cette affection, théorie d'ailleurs vigoureusement attaquée à l'Académie par MM. Rochard et Leroy de Méricourt. Il ajoute encore que le moyen préconisé par M. Javal, et qui consiste à réglementer les mouvements respiratoires à l'unisson de ceux du bateau, a produit de bons effets. C'est loin d'être notre humble avis. D'ailleurs, combien de passagers l'ont employé? Peut-on dire qu'il soit vraiment pratique, ce fameux moyen? Voyez-vous d'ici tous les passagers respirant d'une façon bizarre, sur la dunette, pour mettre d'accord poumons et tangage? Croit-on qu'il soit possible de continuer longtemps un semblable exercice, pareille gymnastique respiratoire? On ne peut que sourire quand on vous propose pareil traitement, et à ce moment pourtant on n'en a point envie. Le remède serait pire que le mal si l'on devait l'employer pendant une traversée un peu longue. Qu'on l'essaie, comme certains, et l'on sera vite convaincu! D'ailleurs, le nombre d'erreurs, d'exagérations, accumulées dans certains milieux scientifiques sur la pathogénie et le traitement du mal de mer, est vraiment incroyable. C'est à croire que tous ceux qui en parlent (O Beati!) n'ont jamais passé par là! Avouons donc qu'à l'heure actuelle nous sommes profondément ignorants à ce sujet, malgré les ingénieuses expériences récentes de MM. Pampoukis et Dastre (1). Tout ceci nous remet en mémoire le fameux voyage d'un physiologiste connu, partant en mer, cardio, pneumo, sphygmographes et autres instruments en *graphe* en mains, pour étudier la mystérieuse naupathie. A peine sur le bateau, l'expérimentateur avait dû passer son matériel physiologique à l'un des matelots et devenir lui-même le sujet de ses expériences; tant est grande l'action dépressive de ce maudit mal! Ce n'est point certes l'idéal pour l'étude de questions semblables; en pareille occurrence, les idées, s'il en vient, vous échappent vite... comme le contenu de l'estomac.

Comme l'a dit M. Rollet, comme le pensent tous les médecins des paquebots, le moyen le meilleur, le moyen le plus pratique pour éviter les accidents du mal de mer, c'est la *position horizontale*, sur le pont, et surtout, à notre avis du moins, dans les couchettes des cabines situées au centre du navire. Quand on a l'estomac fort délicat à ce point de vue, c'est la seule façon de supporter une traversée un peu longue. On évite ainsi presque complètement les vomissements; on peut conserver quelques aliments légers (œufs, par exemple) et surtout des boissons froides (bouillon, etc.). Certains malades, en effet, qui ne peuvent rester sur le pont, même au grand air, sont très soulagés en agissant ainsi, surtout s'ils se couchent avant que le bateau ne se mette en marche. Pour montrer l'exemple, nous avouons que c'est là notre remède préféré, après expérimentations répétées; c'est le moyen auquel nous recourons depuis longtemps et auquel nous conseillons de se borner jusqu'à plus ample informé.

Ce n'est pas à dire qu'on doive désormais ne plus recourir à la cocaïne (2), à l'atropine, à la strychine, à la caféine, administrées isolément ou plus ou moins mélangées (Skinner) (3), à l'antipyrine même (4)! Non, certes, de telles observations cliniques seront toujours utiles; mais il faut bien savoir que ces médicaments sont encore dans le domaine de la thérapeutique expérimentale, que leur valeur pratique n'est pas encore bien

(1) C'est à cause de son silence que nous osons, à Paris, plaider aujourd'hui la cause de la Vérité!

(2) Voir *Progrès médical*, 1888, p. 180.

(1) Voir *Arch. de Neurol.*, juin 1888, et *Soc. de Biol.*, 5 nov. 1887. — Voir aussi les recherches de Neuhauss (*Soc. méd. de Berlin*, 22 juillet 1885), anal. in *Sem. méd.* 1885, p. 259.

(2) Voir l article de notre collègue Regnault in *Progrès médical*, 16 septembre 1887.

(3) Notre ami, M. le Dr Skinner, a publié il y a quelque temps temps dans le *Bull. gén. de Thérapeutique*, 15 juillet 1886, p. 30 et *Sem. méd.*, p. 360, 1887, d'intéressantes observations sur le traitement de la naupathie par l'alliance de trois médicaments, atropine, strychnine, caféine, administrés à la fois par la voie hypodermique. Il a eu des succès; en tout cas, il paraît avoir été plus heureux que ceux qui ont essayé l'antipyrine.

(4) Dès le 5 novembre 1887, M. Dupuy avait recommandé l'usage de cette substance contre la naupathie dans une communication à la *Soc. de Biologie*. Il a donc devancé M. Bonnet, qui n'en a parlé à l'Institut que le 21 novembre.

connue, qu'elle est même contestable, aujourd'hui du moins. Nous souhaitons de grand cœur que des expériences nouvelles viennent prouver que nous avons été trop pessimistes. On comprendra facilement notre vœu, si l'on songe quelle puissante action la *mer* a sur *certains* pneumogastriques. MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juin 1888. — PRÉSIDENCE DE M. JANSSEN.

M. JUST LUCAS-CHAMPIONNIÈRE cite des faits démontrant l'*innocuité de l'ouverture du crâne et les ressources qu'elle offre pour la thérapeutique.* Pratiquée sous la protection de la méthode antiseptique, l'ouverture du crâne, avec ou sans ouverture des méninges, est une opération absolument bénigne. Comme opération préliminaire pour l'exploration intra-crânienne, elle est sans danger. L'auteur l'a exécutée bien des fois sans voir survenir d'accidents. Les médecins peuvent avoir confiance dans l'ouverture crânienne par le trépan, non-seulement pour certains cas rares de recherches de tumeurs, mais pour des douleurs fixes, des vertiges, et même, dans certains cas, en desserrant le cerveau, pour atténuer simplement les douleurs excessives de lésions qui ne peuvent être guéries (1).

MM. J. L. PRÉVOST et PAUL BINET (de Genève) font connaître les résultats de leurs *recherches expérimentales relatives à l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire et à leur élimination par cette sécrétion.* Des animaux porteurs de fistule biliaire peuvent être maintenus en bonne santé en excluant de leur régime les graisses qui passent presque entièrement dans les selles. La quantité de bile augmente un peu avec l'alimentation, après l'ingestion des peptones surtout. La graisse ne produit pas d'augmentation: l'eau froide ou tiède n'amène un léger accroissement qu'aux doses de 150 à 200^{cc}. Les grands lavements d'eau froide préconisés récemment dans l'ictère ne modifient pas la sécrétion biliaire. Les substances diverses ingérées dans l'estomac ou injectées sous la peau peuvent se diviser en quatre groupes, relativement à leur influence sur la sécrétion biliaire: 1° *Substances augmentant la sécrétion biliaire.* La bile est le plus puissant cholagogue. L'urée augmente aussi considérablement la sécrétion biliaire. Dans le même groupe se placent l'essence de térébenthine, le benzoate et le salicylate de soude, etc... 2° *Substances n'amenant qu'une augmentation légère ou douteuse, inconstante.* (Bicarbonate et sulfate de soude, chlorure de sodium, antipyrine, aloès, rhubarbe, ipéca, etc.) ; 3° *substances déterminant une diminution de la bile* (iodure de potassium, calomel, fer et cuivre, strychnine). 4° *Substances sans action sur la sécrétion biliaire* (bromure de potassium, alcool, éther, quinine, arséniate de soude, etc.). Les corps suivants passent dans la bile : essence de térébenthine, acide salicylique, bromure et iodure de potassium, arsenic, plomb, mercure, etc. Mais l'élimination des médicaments par la bile est, en réalité, peu importante. Il n'y a pas de rapport entre l'élimination d'une substance par la bile et l'action qu'elle peut exercer sur l'activité de la sécrétion biliaire.

M. MAREY signale la *représentation des attitudes de la locomotion humaine au moyen des figures en relief.* Ces figures sont construites au moyen des données de la photo-chromographie. M. Marey montre le parti que les artistes peuvent tirer de ces indications précises : si elles sont utilisées, le physiologiste familiarisé avec la succession des mouvements de la locomotion humaine n'aura plus à éprouver la fâcheuse impression qu'il ressent souvent en présence de certaines représentations artistiques de marcheurs ou de coureurs.

M. TSCHERNING étudie *le centrage de l'œil humain.*

M. KUNTSLER décrit *les éléments vésiculaires du protoplasme chez les Protozoaires.*

M. DE REY-PAILHADE indique *un corps d'origine organique, fabriqué par la levure de bière, qui hydrogénise le soufre à froid.* PAUL LOYE.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 juin 1888. — PRÉSIDENCE DE M. BROWN-SÉQUARD.

M. LUYS, recherchant l'action des verres colorés sur l'état mental des individus hypnotisés, a constaté chez douze d'entre eux que le bleu produisait presque toujours une action répulsive avec émotion triste; que le rouge et le jaune provoquaient, au contraire, des émotions gaies. Les émotions tristes s'accompagnent de contracture.

MM. PITRES et VAILLARD communiquent le résultat de leurs recherches sur les lésions provoquées par le contact de l'alcool pur ou dilué avec les nerfs vivants.

L'injection d'un demi centimètre cube d'alcool éthylique ou méthylique à 85°, au voisinage du nerf sciatique chez le cobaye (cuisse), détermine une lésion locale qui, d'habitude, se limite à une simple tuméfaction et n'aboutit que rarement à la formation d'une eschare. Toujours elle est immédiatement suivie d'une paralysie sensitive et motrice complète de la jambe et du pied correspondant, ainsi que le fait se produit lorsque l'injection est pratiquée avec l'éther. L'abolition des propriétés physiologiques du nerf persiste pendant plusieurs semaines et s'accompagne souvent de troubles trophiques divers (tuméfaction œdémateuse, ulcération du tarse, chute des orteils).

Ces troubles fonctionnels constants sont facilement explicables par les modifications de structure que subissent les nerfs. Celles-ci, étudiées aux différentes périodes de leur évolution, présentent les particularités suivantes :

Pendant les premières 24 heures qui suivent l'érection, les tubes nerveux ne présentent pas de changements bien notables. La myéline conserve sa teinte bleutée normale : toutefois, les noyaux sont retraités et le cylindre axe paraît plus grêle. Au 2e jour la myéline change de caractères : elle devient opaque, mate, d'un noir de charbon; ses noyaux segmentaires sont flétris et réfractaires à la coloration.

Ce sont là les apparences typiques de la nécrose du tube nerveux. En réalité, les fibres ainsi modifiées sont frappées de mort; elles se résorbent lentement dans la suite, et les branches nerveuses situées au-dessous ne tardent pas à subir la dégénérescence wallérienne, comme s'il s'était agi d'une section transversale.

Du 10e au 30e jour, les portions nécrosées commencent à subir un travail actif de désintégration : la myéline s'émiette en fines granulations ; des noyaux plus ou moins nombreux apparaissent dans la gaine de Schwann et le protoplasma qui les entoure se remplit de poussière myélinique. Le cylindre axe a complètement disparu, le tube nerveux est alors réduit à son enveloppe contenant çà et là des débris de myéline et de nombreux noyaux.

Vers le 40e jour, on voit apparaître les premiers indices de la régénération qui se continue par la suite.

En somme, l'action de l'alcool concentré est analogue à celle de l'éther. Ses effets nocifs diminuent avec le titre de la solution alcoolique employée ; à partir de 15 0/0 on n'observe plus d'effets nocifs. Les alcools amylique, propylique, cupylique, allylique et isobutyrique ont des effets beaucoup plus puissants que l'alcool éthylique et méthylique. Au titre de 10, de 5, et de 1 0/0, ils produisent des altérations graves. La glycérine qui, au point de vue de la composition chimique, se rapproche des alcools, est loin d'être aussi active que ces derniers ; injectée au voisinage du sciatique, elle produit, non pas la nécrose, mais des lésions d'ordre irritatif.

M. GIARD remet une note de M. DEBIERRE sur les *anomalies musculaires.* GILLES DE LA TOURETTE.

(1) Voir plus loin *Société de chirurgie.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 *juin* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. HÉRARD.

M. FERNAND WIDAL, à l'occasion de la note de M. Arloing sur l'*infection puerpérale*, adresse une réponse à l'Académie. A des idées qui règnent en clinique depuis fort longtemps, M. Arloing, après M. Chauveau, avait essayé de donner un appui expérimental ; c'est la réalité de ces idées que M. F. Widal croit avoir démontrée par l'anatomie pathologique. Ses conclusions n'ont pas, avee celles de M. Arloing, toute l'analogie qu'il a voulu trouver ; il affirme que l'infection puerpérale n'est due qu'à un seul mierobe, et M. Widal a démontré que les aceidents infectieux puerpéraux pouvaient être produits au moins par deux organismes. Les faits sur lesquels s'appuient les conclusions de M. Widal n'ont pas le moindre rapport avec ceux avaneés par M. Arloing.

M LABOULBÈNE a observé récemment une malade, venant du Brésil, et dont les urines étaient successivement sanguinolentes, chyleuses et pâles. Aussi, malgré l'examen du sang, M. Laboulbène pense-t-il qu'il s'est trouvé en présence d'un nouveau cas de *filaire sanguine*.

M. EMPIS lit un rapport favorable sur un travail de M. ALVIN (de St-Etienne) concernant *le traitement de l'épistaxis par l'eau chaude*. L'eau irrigant les fosses nasales doit atteindre 53° ; l'irrigation est faite par la narine d'où s'éeoule le sang, tandis que le malade s'efforee de respirer par la bouche.

M. LANCEREAUX lit un rapport relatif à un mémoire de M. J. DESBOUVRÉE (de Roubaix), sur *les moyens de combattre l'alcoolisme*. Malgré M. Desbrouvée, recommandant l'usage des aliments albuminoïdes, la vente de l'alcool à doses minimes, et voulant que les alcools livrés à la consommation soient débarrassés de toutes substances nuisibles, M. Lancereaux estime que le fléau de l'alcoolisme ne serait pas pour cela éteint, car les vins, les alcools, même les meilleurs, ne sont pas exempts de dangers. Le vin et les liqueurs alcooliques ne sont nullement nécessaires : les populations les plus sobres sont les plus robustes et les plus aptes à la fatigue.

Suite de la discussion sur la lèpre.

M. VIDAL, dès 1885, fut le seul à soutenir la doctrine de la transmissibilité de la lèpre. Depuis cette époque, les idées eontagionnistes ont fait de rapides progrès, surtout en France, où ces doctrines sont admises par la plupart des dermatologistes. M. Leloir, dans son traité de la lèpre, M. Ernest Besnier, dans son récent rapport, ont démontré que la propagation de la lèpre ne peut s'expliquer, pour tous les eas, ni par l'hérédité, ni par les conditions locales ou individuelles, et que la transmission du mal de l'homme malade à l'homme sain ne peut être contestée. Les anticontagionnistes sont aujourd'hui, sinon convaincus, du moins fort ébranlés ; M. Le Roy de Méricourt, lui-même, semble préparer sa conversion. La question en litige est de savoir si la lèpre peut être transmise des lépreux à l'homme sain par contagion, le terme étant pris dans son acception la plus large. — Les preuves peuvent être tirées : 1° de la nature parasitaire de la lèpre ; 2° des faits bien avérés de transmission d'un lépreux à l'homme sain ; 3° de la marche des épidémies de lèpre et de la possibilité de les enrayer par des mesures prophylactiques sérieusement exécutées. — La nature parasitaire de la lèpre est admise par tous les dermatologistes modernes ; le bacille de Hansen provoque les lésions. L'observation de Hawtrey Beuson (1877) est relative à un lépreux ayant habité les Indes durant 22 ans, et manifestant sa maladie quelque temps après son retour en Irlande ; le frère de ee lépreux n'avait jamais quitté l'Irlande, couehait dans le même lit, portait ses vêtements et devint lépreux à son tour. Les faits rapportés par Kaurin de Molde, les observations de la petite épidémie de Port-Breton et de la Louisiane, etc., démontrent nettement la contamination de l'homme sain par l'homme malade.

La lèpre ne naît pas spontanément ; elle n'est pas endémique, mais bien épidémique et contagieuse. Pour faire la lèpre, il faut un lépreux. C'est à l'idée de contagion et de la création des asiles pour les lépreux, qu'on a dû l'extinction de la lèpre dans les pays où elle était regardée autrefois comme endémique. Partout où il y a des lépreux, si la prophylaxie se relâche, si la croyance à la transmissibilité s'affaiblit, les cas de lèpre deviennent nombreux, et la maladie tend à revenir à l'état épidémique. Pour assurer la protection contre la propagation de la lèpre, il est par conséquent nécessaire d'isoler les lépreux, il importe de faire connaître que la lèpre est une maladie transmissible.

M. LE ROY DE MÉRICOURT persiste, jusqu'à démonstration eertaine et indéniable, à regarder la lèpre comme une maladie non contagieuse. M. Zambaco, si compétent sur cette importante question, n'a jamais rencontré un seul exemple de contagion, et n'hésite pas à admettre cependant qu'elle soit héréditaire. M. Hillairet n'admettait pas non plus la contagiosité de la lèpre, mais insistait sur son hérédité. M. Lacaze, directeur de la Désirade, aux Antilles, émet des opinions identiques.

M. CORNIL estime que la question de la contagion de la lèpre est difficile à juger dans l'état actuel de la science. La contagion dans les maladies parasitaires est la propagation d'une maladie d'un individu à un autre. Le parasitisme n'implique nullement l'idée de contagion nécessaire, et ce serait une erreur de croire que toute maladie bactérienne soit transmissible d'un individu à ceux qui vivent en contact avec lui. Il faut le plus souvent, pour que ces derniers soient atteints de la même maladie, qu'ils se trouvent dans des conditions de réceptivité spéciale, ou qu'ils puisent les agents, qui causent la maladie, à la même source, où le premier a été infecté. — Nous n'avons bien connu l'origine d'un petit nombre de maladies parasitaires qu'après avoir été renseignés sur le mode d'existance des parasites en dehors de nous : les échinocoques du foie, la filaire sanguine, par exemple.

Dans ces derniers temps, on regardait l'acténomycose, comme une tumeur, un sarcôme ; on ne se doutait nullement de la possibilité de la eontagion. Aujourd'hui, nous savons que cette maladie est eontagieuse pour l'homme. Il en a été de même pour la contagion de la morve, du farcin, du charbon. Le eholéra est regardé, depuis peu, eomme ayant pour cause un principe eontagieux, introduit dans l'économie par les voies digestives ; il en est également de même pour la fièvre typhoïde. Les furoncles, le phlegmon, sont de nature microbienne : ils sont cependant sans danger pour les personnes qui approchent les malades. MM. Cornil et Chantemesse ont étudié, cette année, une épizootie du porc, la pneumo-entérite : tous les animaux qui vivent ensemble dans la même porcherie sont atteints et les neuf dixièmes en meurent. Les bactéries, en effet, sont contenues innombrables dans le mucus bronchique, à la surface des naseaux, dans les selles diarrhéiques et dans l'urine ; elles vivent en outre dans l'eau, la litière, etc. Il y a 30 ans, personne n'eut osé soutenir l'existence de la contagion de la tuberculose d'homme à homme ; la découverte de Villemin attendit quinze ans pour être admise sans conteste ; la lumière a été faite éclatante par la découverte du bacille de Koch. Ici, le grand danger réside dans les crachats des phthisiques qu'il suffit de faire passer dans l'eau bouillante pour les rendre inoffensifs. Dans la conception nouvelle, les effets attribués naguère à l'hérédité passent pour une grande part à l'actif de la contagion : cela vaut mieux, car il est plus consolant de penser qu'on pourra barrer le chemin à l'entrée de l'ennemi que de se croiser les bras dans la croyance à ce fatalisme de l'hérédité. Cette évolution de nos idées médicales s'est naturellement fait sentir dans la compréhension générale de la lèpre. En présence de cette donnée certaine que la lèpre était une maladie bactérienne, beaucoup d'esprits en ont conclu qu'elle était contagieuse. Malheureusement nous ne connaissons presque rien concernant la biologie des bacilles de la lèpre.

En l'absence d'enseignements directs, tirés du mode d'existence des bacilles en dehors de l'organisme ou de

l'expérimentation, nous en sommes réduits à l'observation pure des malades. La contagiosité de la lèpre reste encore très difficile à établir, car les preuves diverses et irréfragables nous font défaut. Ces réserves faites, M. Cornil cite des observations prises en France, dans le département des Alpes-Maritimes, où l'on voit des cas de lèpre se multiplier au voisinage des lépreux. Ces observations ont été recueillies par MM. Chantemesse et Moriez ; elles témoignent que les exemples de la contagion lépreuse se rencontrent assez souvent quand on peut connaître la vie entière des individus soumis à cette contagion. Les périodes d'incubation de la maladie sont quelquefois si longues que bien des individus atteints succombent à une maladie intercurrente avant de devenir ostensiblement lépreux. La connaissance de ces faits diminue la part trop grande faite à l'hérédité dans l'étiologie de la lèpre. Beaucoup de cas de lèpre héréditaire dans les familles peuvent être rapportés à la contagion.

M. Bouchard présente une note de MM. Yvon et Berlioz *sur la composition moyenne de l'urine normale.*

Les moyennes relatives au volume et à la densité de l'urine normale éliminée pendant 24 heures, ainsi que les quantités moyennes d'uréo, d'acide urique et d'acide phosphorique correspondantes à cette période ne sont pas encore fixées avec l'approximation désirable. Il suffit, pour en être convaincu, de comparer les chiffres donnés par les divers auteurs, en tenant compte de la nationalité et, par suite, de la manière de vivre des sujets.

Nous avons choisi parmi 6.000 analyses, celles relatives à des urines ne contenant ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires et qui nous ont paru ne pas trop s'écarter des moyennes d'élimination admises jusqu'à ce jour. Nous en avons réuni 661, dont 347 pour les hommes et 314 pour les femmes, tous adultes et de nationalité française. Voici les chiffres obtenus :

		Homme.	Femme.
Quantité d'urine émise en 24 heures.		1.300 c.	1.100 c.
Densité.		1.022,5.	1 021,5.
Urée	par litre.	21 gr. 50	19 gr. »
	par 24 h.	26 gr. 50	20 gr. 50.
Acide urique	par litre.	0 gr. 50	0 gr. 55.
	par 24 h.	0 gr. 60	0 gr. 57.
Acide phosphorique.	par litre.	2 gr. 50	2 gr. 40.
	par 24 h.	3 gr. 20	2 gr. 60.

Conclusions : La quantité des divers éléments éliminés est plus considérable chez l'homme que chez la femme. Il n'y a exception que pour l'acide urique : en effet, la quantité moyenne de cet acide, éliminée en 24 heures, est à peu près égale chez l'homme et chez la femme, et la proportion antésimale est même plus élevée chez cette dernière. Cela tient au genre de vie moins actif de la femme et à ce que le volume de l'urine émise en 24 heures se rapproche beaucoup du litre et parfois lui est inférieur.

Le rapport de la quantité d'acide urique éliminée pendant le même temps est : Homme, 1/44 à 50 ; — Femme, 1/36 à 50. La moyenne du rapport de l'urée à l'acide phosphorique est de 1/8 environ (homme et femme), au lieu de 1/10 comme on l'avait établi. Ces rapports nous paraissent être suffisamment justifiés.

L'Académie se constitue en *Comité secret* pour entendre la lecture du *Rapport* de M. Gariel sur les travaux des candidats au titre de correspondant national dans la 4e division. La Commission présente : En première ligne, M. Barnsby (de Tours) ; en deuxième ligne, M. Charpentier (de Nancy) ; en troisième ligne, M. Soubeyran (de Montpellier) ; en quatrième ligne et *ex æquo*, MM. Ballant (d'Amiens) ; Fleury (d'Alger) et Lacour-Eymard (d'Oran).

Albert Josias.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 20 *mai* 1888. — Présidence de M. Le Dentu.

M. Trélat, à propos de la discussion qui a eu lieu dans la dernière séance au sujet de l'*emploi des drains*, fait remarquer qu'on doit tendre de plus en plus à simplifier les éléments des pansements, par conséquent à supprimer les drains toutes les fois qu'on le peut. Jadis il croyait qu'il fallait réaliser trois conditions pour qu'une plaie se réunisse parfaitement : 1° Asepsie parfaite ; 2° Affrontement ; 3° Ecoulement des liquides sécrétés par la plaie. Aujourd'hui, il pense que les deux premières conditions suffisent. Il est vrai qu'il y a des cas où il n'est pas possible d'obtenir un affrontement parfait, par conséquent où il faut employer les drains. En effet, quand l'affrontement est mauvais, l'asepsie étant réelle, il se fait au milieu de la plaie une cavité qui sécrète un liquide séro-sanguin non septique. Quand il y a affrontement parfait, ce liquide n'apparaît pas. On peut supprimer les drains, même lors de vastes plaies ; ce qui importe, ce n'est pas l'étendue de la plaie, mais la possibilité de l'affrontement.

M. Lucas-Championnière. — Dans les grandes opérations, le drainage n'est pas nuisible et donne une sécurité de plus ; donc il faut l'employer. Il pense, à l'encontre de M. Trélat, que l'étendue de la surface opératoire a une grande importance au point de vue de la nécessité du drainage.

M. Trélat pense que le procédé employé par M. Rœhmer et qui a été le point de départ de cette discussion n'est pas à recommander.

M. Tillaux fait un rapport sur une observation envoyée par M. le Dr Leprévost (du Havre) intitulée : *Inversion utérine irréductible ; amputation par la ligature élastique* (procédé de M. Périer), *guérison.* — Cette opération était intéressante à relater, parce que jusqu'ici elle n'a pas été souvent pratiquée. M. Leprévost a recherché sur l'utérus inversé de cette femme ce que produisait le contact du chaud et du froid, autrement dit l'état de sensibilité de l'organe. Il a trouvé que l'utérus était absolument insensible. Cette remarque a sa valeur, dit M. Tillaux, parce qu'elle montre que l'état de la sensibilité utérine varie avec les sujets.

M. Berger a fait jadis des expériences sur la *sensibilité de la surface interne de l'utérus*, expériences dont le résultat d'ailleurs a été publié déjà. Il est convaincu que la surface interne de l'utérus (à l'état de vacuité ou pendant la grossesse) normal est absolument insensible au contact direct, aux agents mécaniques, à condition de ne pas le tirailler en même temps, de ne pas lui imprimer de mouvements. La surface interne de l'utérus, même à l'état pathologique, est pour lui insensible au pincement.

M. Terrier n'est pas du tout de l'avis de M. Berger. Le col de l'utérus est sensible à la piqûre. Toutes les femmes sentent très bien quand on pratique sur elles le cathétérisme utérin.

M. Bouilly.—La muqueuse du col, dans sa portion vaginale, est sensible. La muqueuse intra-cervicale normale ne l'est pas ; mais si cette muqueuse est enflammée, s'il y a en même temps un léger rétrécissement de la cavité utérine (endométrite muqueuse), les malades se plaignent beaucoup quand on les touche.

M. Quénu.— Pour lui, la sensibilité de la muqueuse utérine normale existe, mais elle est atténuée. On peut très bien cathétériser l'utérus d'une femme sans qu'elle s'en aperçoive ; il suffit que la cavité utérine soit un peu dilatée.

M. Trélat. — Il y a des femmes qui ne sentent pas le cathétérisme utérin. Si le cathétérisme est douloureux, pour lui, c'est un indice d'endométrite.

M. Lucas-Championnière. — La sensibilité utérine existe, mais est très variable suivant les sujets ; certaines femmes supportent très bien le cathétérisme ; d'autres éprouvent pendant cet examen des douleurs très vives. C'est là certainement la clef des divergences qui existent entre les orateurs qui viennent de prendre la parole.

M. Kirmisson. — M. Guéniot a insisté, il y a longtemps déjà, sur l'intérêt de l'étude de cette sensibilité au point de vue du diagnostic des polypes utérins et de l'inversion.

M. Tillaux s'en souvient, mais constate avec regret qu'il n'y a pas là un signe diagnostique important.

M. Delens fait un rapport sur l'observation suivante de M. Routier : *Fistule et kyste de la région sacrococcygienne ;* extirpation ; guérison. — Femme de 38 ans, sans antécédents pathologiques, qui présenta, après une chute, une tumeur dans le sillon inter-fessier (abcès). Cinq ans plus tard, nouvel abcès et fistule au même point. Quelques années plus tard, encore

nouveaux abcès. Pas de cicatrisation complète, malgré tous les traitements employés; l'extirpation totale, qui a été faite, est le traitement le meilleur.

M. TERRILLON.—Il y a deux espèces de fistules congénitales dans la région sacrée : 1° celles qui sont constituées par un cul-de-sac simple; 2° celles où il y a un orifice et ensuite une cavité plus grande; cette cavité peut suppurer. Il croit que le kyste de M. Routier n'est qu'un diverticule analogue rempli de pus. Elle peut suppurer parce que l'épiderme s'y accumule, comme à l'ombilic, y macère et y fermente.

M. PEYROT a vu un cas analogue et a extirpé avec succès la tumeur.

M. SCHWARTZ a observé aussi un cas semblable, qui a été consigné dans une thèse récente.

M. DELENS croit, en effet, que le cas de M. Routier rentre dans ceux déjà étudiés par M. Terrillon. La seule différence importante, c'est le volume de la tumeur, qui, dans le cas qu'il a analysé, était grosse comme une mandarine.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait une très intéressante communication sur la *trépanation* et rapporte 20 opérations de ce genre. Ces 20 trépanations se rapportent d'une part à 5 blessés, d'autre part à 15 malades opérés pour des accidents purement médicaux. Il désire insister aujourd'hui, surtout, sur ces derniers faits. La trépanation est une opération facile, très en honneur chez les Kabyles, non seulement pour les traumatismes du crâne, mais aussi pour des cas de médecine. La gravité de l'intervention tient, non pas à l'opération elle-même, mais à la lésion pour laquelle elle est faite; peu importe qu'on fende la dure-mère et même la substance cérébrale ! Sur les 15 malades qu'il a opérés, 6 l'ont été pour des douleurs localisées rendant la vie insupportable ; 3 sont restés parfaitement guéris ; les autres ont été plus ou moins améliorés. Si les résultats n'ont pas été plus satisfaisants, c'est parce qu'on est intervenu trop tardivement. 4 fois il a fait la trépanation pour des épileptiques vrais; l'épilepsie est peut-être la principale indication de la trépanation chez les sauvages. Ces 4 opérés ont été tous améliorés. Il a fait 2 opérations pour des épilepsies symptomatiques. Dans 1 cas le résultat a été très remarquable; dans l'autre, il n'a pas été merveilleux, mais a assuré au malade une amélioration très notable. M. Championnière insiste sur ce fait, à savoir que les trépanations sont faites trop tard, à une époque où il y a déjà des dégénérescences secondaires dans l'écorce cérébrale et impossibles à guérir.

A propos des suites opératoires, il importe de signaler pour ces cas de trépanation : 1° la rapidité avec laquelle la plaie guérit ; — 2° l'innocuité de la dure-mère et celle de la section de la substance cérébrale ; — 3° l'abondance énorme de liquide céphalo-rachidien qui s'écoule après l'opération, s'il y a section de l'arachnoïde ; — 4° les accidents qui peuvent avoir lieu au cours do l'opération (blessure d'une grosse veine arachnoïdienne, ouverture d'un sinus veineux dans les cas de trépanation médiane). Il a employé avec succès, dans ces plaies des sinus veineux, un moyen préconisé par Lister dans des cas analogues ; il a tamponné le trou de la trépanation avec du catgut empilé en grande quantité (de 4 à 7 mètres). Après l'opération, il n'y a pas eu une goutte de sang dans le pansement. Cette quantité énorme de catgut s'est entièrement résorbée et fait partie de la cicatrice ; — 5° la façon dont il peut arriver sûrement sur le sillon de Rolando ou région des centres, à l'aide du procédé qu'il a préconisé et décrit autrefois après des recherches cadavériques ; — 6° les dimensions du trépan employé sont importantes à faire connaître. Horsley se sert d'un instrument qui a 5 centimètres; Championnière d'un qui n'a que trois centimètres. Les trépans ordinaires, on le sait, n'ont que deux centim. de diamètre ; — 7° il ne doit pas y avoir de suppuration si l'antisepsie est parfaite ; la cicatrice est très belle s'il n'y a pas de suppuration et le malade ne porte pas d'appareil de protection ; — 8° la trépanation peut être faite presqu'à tout âge, mais chez les jeunes sujets surtout, elle est supportée très facilement; — 9° si l'antisepsie du champ opératoire a été faite (nettoyage de la tête trois jours avant pour Horsley, coupe des cheveux, etc), on n'a jamais d'accidents ; — 10° il emploie le drainage et cependant il vaudrait peut être mieux pouvoir s'en passer.

Ces quinze opérations, faites sur des sujets atteints d'affections médicales montrent que la chirurgie moderne est loin d'avoir dit son dernier mot et M. Championnière pense que les indications de la trépanation augmenteront encore de nombre. Ces résultats sont des plus encourageants.

MARCEL BAUDOUIN.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 23 *mai* 1888. — PRÉSIDENCE DE M. GRANCHER.

M. PINARD présente, au nom de Mlle CARLIER, maîtresse sage-femme à l'hôpital Lariboisière, un livre sur « *Les origines de la Maternité de Paris* », qui contient d'intéressants documents sur l'obstétrique et l'hygiène.

MM. BROUARDEL et DU MESNIL montrent les ravages causés en France, depuis quelques années, par la *diphtérie*. En 1886, on voit que cette maladie a causé dans 210 villes 4,838 décès, alors que la fièvre typhoïde n'en a donné que 4,334 et la variole 3,229. Les renseignements, complets pour ces 210 villes, manquent absolument pour le reste du territoire. MM. Brouardel et Du Mesnil, demandent à la Société de provoquer une enquête sur l'étiologie et la prophylaxie de la diphtérie. — La Société nomme une Commission chargée de recueillir ces documents.

M. le Dr RIVES lit une note sur un cas d'*œdème malin* observé chez un tonnelier. Cet homme avait acheté de vieux tonneaux chez des mégissiers du quartier Croulebarde et de la Glacière. Il est probable que ces fûts, qui avaient longtemps séjourné au milieu des peaux fraîches, étaient imprégnés du virus charbonneux. Le mal a débuté par la peau du menton, puis a envahi la face inférieure du cou. Le malade mourut d'œdème de la glotte. Il est fort probable que certaines affections charbonneuses dont l'étiologie est restée inconnue, ont une origine analogue, qu'une enquête insuffisante n'a pas permis de découvrir.

M. LEROY-DESBARRES regrette qu'on n'ait pas inoculé des cobayes avec le sang de ce malade. Les inoculations auraient seules établi le diagnostic d'une façon absolue. Un malade albuminurique ou cardiaque peut mourir d'œdème aigu, et présenter alors des symptômes analogues.

M. RIVES. Mon malade n'était pas albuminurique et n'avait pas de maladie de cœur.

M. CACHEUX lit un *projet de cité sanitaire modèle.*

A. MARTHA.

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE.

39e *Congrès tenu à Cincinnati les* 8, 9, 10 et 11 *mai* 1888. (Suite) (1).

a). — *Section de dermatologie et de syphiligraphie* (fin).

Séance du 9 mai (fin).

3. — M. le Dr OHMANN DUMESNIL (de Saint-Louis), lit un travail sur le *double chancre à distance*. Il rapporte, à ce sujet, deux observations de malades, ayant eu simultanément deux chancres infectants, l'un au prépuce, l'autre sur la lèvre. Dans les deux cas, les deux chancres étaient apparus en même temps, l'induration s'était montrée et avait disparu à la même époque. Chacun des chancres était accompagné de la pléiade ganglionnaire caractéristique, au niveau de l'aîne et dans la région sous-maxillaire. Enfin chez les deux malades, une éruption de syphilides cutanées eut lieu quelque temps après les accidents primitifs (environ deux mois). M. le Dr Dumesnil pense, à juste titre, qu'il faut voir là une inoculation concomitante, en deux points éloignés chez le même individu. Ces malades, d'après l'auteur, étaient sujets à des fissures labiales : ils ont donc pu s'inoculer la syphilis en même temps en deux endroits distants. Ce qui le prouve, c'est la marche des deux lésions, qui ont évolué ensemble, de la même façon. L'orateur s'attache à démontrer, qu'il n'y a pas eu auto-inoculation, dont certains auteurs, ont admis la possibilité, et en particulier E. L. Keyes, à la première et à la dernière période de la syphilis, c'est-à-dire lorsque le malade n'est pas saturé par le virus syphilitique. D'autres admettent aussi cette auto-inoculation comme probable, en disant qu'il s'écoule un certain temps

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22 et 2

après l'apparition du chancre, avant que la syphilis ne soit constitutionnelle. Les nombreuses expériences d'ablation, de cautérisation des chancres infectants à leur début, ont prouvé que la vérole n'en continuait pas moins son cours. D'autre part, les inoculations de chancre induré sur l'individu qui en est porteur, faites par Poutoppidan, n'ont pas donné de résultats positifs. Au point de l'inoculation, il s'est élevé dans les limites des 11 à 22 jours, des papules, en même temps qu'une éruption cutanée spécifique faisait son apparition sur le reste du corps. Ces papules sont dues simplement à l'irritation de la peau par le pus du chancre inoculé.

M. le Dr Palmer (de Louisville), fait remarquer que cette question a déjà été débattue, il y a 25 ans. Il ne croit ni à l'auto-inoculation, ni à la guérison par l'excision du chancre. Le Dr Reynolds admet les conclusions de l'orateur. Il ne voit aucune raison pour qu'un individu ne puisse pas prendre le virus qu'il possède déjà, ce que l'on voit se produire souvent dans la vaccination.

M. le Dr Ravogli dit avoir vu deux cas de chancres, situés à la fois, sur les côtés opposés du pénis. Il ne voit aucune difficulté à croire à la possibilité de l'auto-inoculation. On peut la concevoir, en voyant le traitement de la syphilis, par l'inoculation, pratiquée par Sigmund. Celui-ci, pensait que le chancre induré n'est autre chose que le point où le virus s'est introduit. Il excisa, dit l'orateur, six fois des chancres indurés, et aucun des malades ne présenta de symptômes syphilitiques subséquents. Plusieurs cas furent infructueux ; mais les lymphatiques étaient pris. Il n'a pas confiance dans la cautérisation. Le Dr Ravogli croit donc à l'efficacité de l'excision large, dans les points où il est possible de la faire. Répondant au Dr Palmer, il dit qu'après une telle opération, il ne fait pas d'autre traitement.

M. le Dr Zeisler doute de la possibilité de l'auto-inoculation. Il pense que la syphilis peut succéder à un chancre non induré, tandis qu'un chancre induré peut ne pas être suivi d'accidents de la vérole. Ce serait sur des cas semblables à ce dernier exemple, qu'on serait tombé, lorsqu'on a obtenu des succès par l'excision.

M. le Dr Keller (de Hot Springs) dit qu'il pratique l'excision du chancre induré, chaque fois qu'il se trouve dans un point où l'opération peut se faire. Il n'hésite jamais à la faire dans les 3 premiers jours de l'apparition du chancre. Les conditions sont excellentes dans les 48 premières heures, moins bonnes après, et l'excision est sans succès au bout de 4 à 5 jours. Sur 7 cas d'excision faites dans les 48 heures, il n'a pas entendu parler de trois malades, et les autres n'ont pas eu d'accidents secondaires ; parmi ceux-ci, quelques-uns ont eu leur chancre il y a cinq ans.

M. le Dr Ravogli dit qu'il n'y a pas de règle sans exceptions, et que si on est sûr d'avoir affaire à un chancre induré, pourquoi refuser au malade le bénéfice d'une opération si simple, si elle peut réussir ?

M. le Dr Reynolds admet avec le Dr Zeisler l'existence des chancres indurés sans accidents syphilitiques ultérieurs. Aussi l'excision ne prouve-t-elle rien. D'autre part celle-ci doit être faite tout-à-fait au début, et le diagnostic de chancre infectant, n'est parfois pas si facile, dès les premiers temps de son apparition. Toutefois, cette précaution ne saurait être nuisible, mais on ne peut avoir une confiance extrême en elle. Il faut attendre des expériences scientifiques plus probantes.

M. le Dr Palmer pense qu'il faut faire l'excision, quand on est sûr de l'induration du chancre. C'est dans l'induration que réside le poison, qui va se communiquer aux lymphatiques, et en l'enlevant, on ne guérit pas la maladie, mais on l'atténue.

M. le Dr Dumesnil dit qu'il ne faut pas inférer, de ce que les médecins n'ont pas vu les accidents syphilitiques secondaires à la suite d'un chancre induré, pour qu'ils n'aient pas existé. Souvent les malades ne s'en aperçoivent pas. Il a vu des cas où le chancre induré n'a pas été excisé, et qui n'ont été suivis ni d'accidents secondaires, ni d'accidents tertiaires.

Séance du 10 mai.

1. — M. le Dr Henry J. Reynolds (de Chicago) lit un travail *sur le traitement galvanique des maladies du cuir chevelu, dues à des végétaux parasitaires.* La méthode de traitement du Dr Reynolds est basée sur ce qu'en présence d'un courant galvanique, la peau absorbe mieux les substances médicamenteuses. Pour les affections parasitaires du cuir chevelu, surtout dans les cas de tondante, celui-ci est lavé avec soin, puis mis en contact avec l'éponge de l'électrode positive d'une batterie galvanique, imbibée d'un parasiticide tel que le bichlorure de mercure. L'opération dure environ 10 minutes par jour ; le pôle négatif est placé dans un point voisin du pôle positif. Dans ce traitement, ce n'est pas l'électricité qui agit, mais le parasiticide. Les Drs Charon et Gevaert (de Bruxelles) ont publié huit cas de teigne tondante guéris par ce procédé. L'orateur en possède deux. La guérison a lieu en trois semaines environ.

M. le Dr Corlett désirerait savoir le nombre de milliampères nécessaires pour cette opération. Ce n'est pas l'électricité, mais le traitement simultané qui agit.

M. le Dr Fleischner pense que le vieux traitement des teignes persistera malgré ce nouveau procédé.

M. le Dr Bulkley pense que si le procédé du Dr Reynolds agit si rapidement, il est utile de l'essayer, afin de pouvoir établir une statistique à ce sujet pour l'an prochain. En effet, il y a des cas résistant à tous les traitements, pendant six et même neuf mois.

M. le Dr Reynolds dit que si l'on veut savoir si le courant électrique est suffisamment fort, on peut essayer, au moyen de la cocaine, qui n'est absorbée par le cuir chevelu qu'en présence de l'électricité. D'autre part, un courant fort est bien supporté lorsque l'électrode couvre une large surface. Il répète que la maladie est guérie par le parasiticide et non par l'électricité.

2. — M. le Dr Richetts (de Cincinnati) lit une note sur *l'usage de l'arsenic en dermatologie.* Il a toujours eu de fort bons résultats en donnant l'arsenic dans toutes les affections squammeuses de la peau (psoriasis, eczéma, pemphigus). Il le donne à l'état d'acide arsénieux, soit en solution aqueuse, en y ajoutant un peu d'acide chlorhydrique (cette solution doit toujours être récemment faite), soit en pilules. Il combine dans celle-ci l'acide arsénieux avec du poivre noir et de l'opium. Chaque pilule contient : de 0,016 milligr. à 0,065 milligr. de poivre, de 0,005 milligr. à 0,016 milligr. d'opium et de 0,005 milligr. à 0,008 milligr. d'arsenic. Le poivre noir excite la sécrétion gastrique et facilite l'absorption de l'acide arsénieux. Il faut, en outre, prendre la précaution de donner chaque jour au malade un purgatif léger, afin d'empêcher l'accumulation du médicament dans l'estomac et dans les intestins, ce médicament pouvant après être subitement absorbé et être cause d'empoisonnement. Chez les enfants, l'opium étant mal supporté, on mélange seulement l'acide arsénieux au poivre, dans la proportion de 0,001 milligr. à 0,002 milligr. du premier et de 0 gr. 0,006 du second. L'arsenic agit sur la circulation ; il augmente les pulsations cardiaques et est un stimulant du système sanguin en général. L'auteur pense qu'il agit sur la circulation des papilles de la peau et sur les extrémités nerveuses de celle-ci. Parfois, en effet, l'usage de l'arsenic produit de la congestion cutanée ; par exemple dans le psoriasis, et on est obligé de cesser son emploi.

M. le Dr Zeissler s'est servi du psoriasis et de l'eczéma dans le psoriasis, mais n'en a pas retiré d'excellents résultats. Il n'a pu en continuer longtemps l'usage sous forme de pilules. Il préfère la liqueur de Fowler. Il a donné aussi l'arsenic dans le lichen rubrum.

M. le Dr Shoemaker dit que les solutions arsénicales doivent être fraiches. A l'état de pilules, l'arsenic est souvent mal supporté. Dans le psoriasis et les vieux eczémas, il le donne en injections hypodermiques. Quand il ne peut le faire, il le donne en suppositoires. Il a retiré d'excellents résultats de son administration.

M. le Dr Fleischner le donne chez les individus débilités, avec circonspection. Il le donne dans le lichen rubra, le psoriasis, avec succès, à l'état liquide, en augmentant lentement la dose.

M. le Dr Reynolds est sceptique au point de vue de la valeur de l'arsenic. Il n'en a obtenu aucun résultat notable.

M. le Dr Corlett n'a obtenu de bons effets de l'arsenic que chez les enfants ; il le donne à l'état de bromure en granules de 0,001 milligr. (jamais plus de 2).

M. le Dr JULER se sert de chlorure d'arsenic.

3.— M. le Dr HALE (d'Illinois), rapporte un cas de *purpura hémorrhagique chez une petite fille de onze ans* dont la famille est sujette à des hémorrhagies. Une tante et un frère en sont morts, à la suite de traumatismes légers.

4.— M. le Dr T. ELLIOT (de New-York) lit un travail sur la *tuberculose verruqueuse de la peau*. Les travaux de Koch sur le bacille de la tuberculose ont donné un nouvel essor à l'étude des affections de la peau. Certaines maladies cutanées, qui semblaient être d'origine toute différente sont actuellement classées sous le même nom générique de tuberculose. Quoique les aspects de cette tuberculose cutanée soient variables, on n'en trouve pas moins constamment le bacille spécifique, identique dans tous les cas. C'est ainsi qu'on peut classer sous ce nom, les ulcérations à marche chronique qu'on rencontre dans les dernières périodes de la tuberculose pulmonaire, le lupus, les scrofulides cutanées ou lymphatiques. On peut y ranger aussi le tubercule anatomique dû à l'inoculation de matières contenant le bacille de la tuberculose. Près de lui, ayant des caractères de ressemblance très nombreux, est la *tuberculose verruqueuse de la peau* décrite par Riehl et Paltauf. Elle apparaît ordinairement chez des individus, adultes, en contact incessant avec des animaux domestiques (bouchers, cuisiniers, etc.). La lésion s'observe sur le dos de la main, ou des doigts, ou dans les espaces interdigitaux, ou à la face palmaire des phalanges. Elle ressemble à un groupe de verrues enflammées, variant du volume d'un pois à une pièce de cinq francs, elle est arrondie ou d'apparence serpigineuse. Chaque plaque est entourée d'une zone érythémateuse couverte de croûtes et de pustules. La pression fait sortir de la partie centrale une matière puriforme. Au microscope la lésion ressemble au tubercule, et contient des bacilles en quantité. Cette affection semble être identique au tubercule anatomique, et Früger les a rangés sous le même nom. Le traitement consiste, soit dans l'excision ou le grattage avec la curette de Volkman, soit dans la destruction par le cautère ou des caustiques.

M. le Dr RAVOGLI ne croit pas à l'identification du lupus, des ulcères strumeux à la tuberculose. Quant au traitement de l'affection citée plus haut, il préfère la scarification quadrangulaire.

M. le Dr ZEISSLER est étonné de voir l'incrédulité du Dr Ravogli au sujet de l'origine tuberculeuse du lupus.

M. le Dr CORLETT cite un cas de lupus curieux par l'extension considérable de l'affection et qui s'est terminé par la mort.

M. le Dr BULKLEY a vu un cas de lupus dû certainement à l'inoculation.

5. — M. le Dr DUNCAN BULKLEY expose un travail sur *l'importance des doses fréquemment répétées d'arsenic dans le traitement des affections bulleuses de la peau*. L'auteur cite neuf cas d'individus atteints d'affections bulleuses à forme chronique, traités par l'arsenic. Sur trois malades atteints de pemphigus bien caractérisé, deux moururent, l'un de tuberculose pulmonaire. Tous les autres ont bénéficié du traitement. L'auteur donne l'arsenic sous la forme d'arsenite de potasse ou d'arséniate de soude, en diluant la solution dans de l'eau de Vichy.

6. — M. le Dr REYNOLDS relate une observation de *favus de l'avant-bras*, sans que le porteur, un enfant de 7 ans, eut du favus sur la tête.

M. le Dr BULKLEY a pu voir évoluer la teigne faveuse sur un médecin qui a bien voulu se prêter à l'inoculation. Celle-ci fut faite en frottant la peau de l'avant-bras avec une sorte de pâte composée d'une croûte faveuse et d'eau, sans détruire la surface cutanée. La portion inoculée fut recouverte d'un verre de montre. A la fin de la troisième semaine, apparurent des squammes en cercle; l'examen microscopique y révéla la présence de spores et de myceliums. Six semaines après, les godets faviques étaient nettement formés.

7. — M. le Dr HENRY J. REYNOLDS rapporte une observation d'un *singulier cas de nœvus*. C'est celle d'un enfant de 10 ans, porteur depuis sa naissance d'une excroissance charnue, épaisse, de couleur pourprée, s'étendant du genou à la crête de l'os iliaque, entourant presque complètement en bas la jambe, en haut allant de l'épine supérieure et antérieure à l'os iliaque, et couvrant la fesse jusque sur la ligne médiane. La tumeur était sillonnée de fissures d'où s'écoulait une sérosité d'odeur infecte. Cet écoulement occasionnait une irritation continuelle et de la douleur. En certains points de la plaque, on observait des squamnes et des poils très déliés. Enfin la jambe affectée était plus longue de deux pouces que l'autre. La secrétion odorante cessa à la suite de lavages répétés et d'applications d'acide borique en poudre.

b). Section des maladies des enfants.

Président: M. le Dr WAXHAM.—*Secrétaire*: M. le Dr LAWRENCE.

1.— M. le Dr EARLE (de Chicago) et le Dr ATKINSON (de Philadelphie) lisent des travaux sur la *nourriture des enfants*. — Les conclusions du Dr Earle sont les suivantes : 1° La nature ne peut fournir, l'art ne peut inventer aucune nourriture qui puisse être substituée au lait de la mère. Il faut encourager les mères par tous les arguments possibles à nourrir leurs enfants, et leur démontrer les dangers du sevrage sans cause sérieuse; 2° Si pour des causes, que nous ne pouvons contrôler, et qui semblent rationnelles et sérieuses, une mère ne peut nourrir son enfant, dans les villes au moins, il faut donner une nourrice. 3° Un régime mixte est préférable à une nourriture entièrement préparée ; 4° Pour les tout petits enfants, au lieu du lait de la mère ou de la nourrice, ce qui semble le meilleur, est un mélange de crême, d'eau d'orge, de riz ou de gruau, avec du sucre de lait, du sel ordinaire, du phosphate de chaux ou de soude, ou de l'eau de chaux en petite quantité; 5° Pour les enfants plus âgés on doit donner du lait de vache, ou les diverses nourritures lactées. Il semblerait, d'après les dernières analyses de lait de vache, que si on pouvait éviter toutes les causes de fermentation, on pourrait préparer le lait, sans grande difficulté, afin que les enfants puissent le digérer. C'est ce que l'on doit surtout rechercher. On doit faire attention à ce que le lait soit de bonne qualité, et qu'il ne contienne pas de bactéries. On peut encore le faire bouillir pendant un certain temps, et si on le mélange à de l'eau, il faut que celle-ci soit absolument pure. Si pour le rendre plus nutritif, on lui ajoute de la crème, il faut veiller à ce que celle-ci n'ait pas subi une décomposition partielle. Le sucre qu'on y ajoute doit être du sucre de lait pur. Si on se sert de nourriture artificielle, il faut être sûr de leur choix, et si l'une d'elles réussit à un enfant, il faut en continuer l'emploi, et noter le poids de celui-ci, afin de se servir d'une autre si l'enfant maigrit et perd de son poids. Toutes les nourritures sont réputées pures par leurs inventeurs; on ne peut en désigner aucune. Mais l'ordre à suivre dans l'emploi du régime de l'enfant, doit être le suivant : lait maternel, lait de nourrice, régime mixte, nourriture contenant de la crème, nourritures lactées, nourritures maltées, farineux, toujours pures, dépourvues de bactéries.

Séance du 9 mai.

Président : M. le Dr J. O. LARRABEE (de Louisville). *Secrétaire* : M. le Dr C.-G. JENNINGS (de Détroit).

1.— M. le Dr J.-N. NOVE (de Saint-Louis), lit un travail sur *la membrane croupale et la diphthérie; sont-elles identiques?* L'auteur admet cette dernière hypothèse. Il n'y a aucune importance à ce que la membrane due à l'exsudation du soi-disant vrai croup soit superficielle et s'enlève facilement, laissant une surface muqueuse lisse, privée seulement de son épithélium, tandis que celle de la diphthérie ayant pénétré plus loin dans les tissus de la muqueuse, ayant produit parfois une nécrose, dont l'escharre ne peut être parfois enlevée qu'avec une grande difficulté ; ces faits dépendent des conditions anatomiques des parties malades. La maladie étant considérée comme due à un germe spécial, ou à un micro-organisme, ce point de pathologie reconnu a entraîné l'inauguration d'un traitement plus actif. Un argument en faveur de l'identité des deux affections, est le traitement classique depuis plusieurs années par le mercure doux, et son action défibrinante. On a essayé d'augmenter la secrétion de la muqueuse, au moyen de stimulants, afin de la lubréfier et d'aider son exfoliation. Depuis l'application de ce traitement à la diphthérie en général, la mortalité a diminué. On peut penser arriver à un résultat positif et sûr, et dès que les premiers signes de la diphthérie sont reconnus, on établit le traitement suivant : purgatifs légers au moyen du chlorure doux, antiseptiques

locaux diminuant l'infection par les fausses membranes et aidant les moyens curatifs naturels, germicides, stimulants de la secrétion (bi-chlorure. benzoate de soude en solutions faibles).

2. — M. le Professeur Waxham décrit une *méthode de tubage du larynx* ; il présente un tube pourvu d'une épiglotte artificielle afin d'empêcher la chûte des aliments dans la trachée.

3. — M. le Dr Jennings lit un travail sur *la trachéotomie, sa valeur et sa relation avec le tubage*.

Une commission composée de MM. les Drs Earle, Atkinson et Cristopher est élue pour faire un rapport sur le régime des enfants.

Séance du 10 mai.

1. — M. le professeur Steele (de Chicago), lit un travail sur *le traitement chirurgical de l'empyème chez les enfants*. Il confirme le diagnostic en répétant plusieurs fois l'aspiration du pus (2 à 3 fois) et il a vu par ce moyen plusieurs cas guéris. Si le pus s'accumule de nouveau, il pratique une incision avec drainage au niveau de la ligne axillaire dans le sixième ou le septième espace intercostal; on pratique la thoracentèse, en introduisant dans ce cas un drain à travers la canule. La résection sous périostée d'une côte est rarement nécessaire, et seulement quand le tube occasionne de la névralgie, ou quand son introduction est empêchée par le rapprochement des côtes. Une large incision, un drainage parfait, et une antisepsie rigoureuse donnent les meilleurs résultats.

2. — M. le Dr Hatfield (de Chicago) lit une communication sur l'*insuffisance hépatique chez les enfants*. Son attention a été appelée sur une affection rencontrée souvent chez les enfants, surtout chez les petites filles, et caractérisée par de la pâleur de téguments, de l'anorexie, de la dyspepsie et de la constipation avec différents troubles nerveux. On a confondu souvent ces symptômes avec ceux de la malaria, mais la quinine et le fer ne font que les aggraver; parfois on leur a donné le nom de phénomènes bilieux, terme fort vague. L'orateur propose de leur donner le nom d' « hépatic incompétence », admettant une lésion du foie inapte à remplir ses fonctions. Il y aurait : diminution ou absence de pigment biliaire dans le canal intestinal, trouble dans la transformation des albuminoïdes en urée, et enfin absence de destruction des leucomaïnes dans le foie. — L'orateur propose comme traitement : la diète ou une alimentation légère, végétale, l'acide salicylique, des alcalins, des laxatifs, spécialement le calomel; enfin comme stimulants du foie, le sublimé, la podophylle, et le benzoate d'ammoniaque.

M. le Dr Cristopher (de Cincinnati) admet ces troubles du foie à savoir l'impossibilité de détruire les leucomaïnes : il ajoute, en outre, que celles-ci se forment dans l'intestin, siège de mauvaises digestions, par une sorte d'hyperdigestion. Celle-ci serait due à l'action des micro-organismes au moment où se fait la digestion pancréatique. Ces ptomaïnes, n'étant plus détruites par le foie malade, agissent comme des alcaloïdes sur l'économie, et particulièrement sur le système nerveux. Il emploie dans ces conditions le salol, l'acide salicylique et la naphthaline.

M. le Dr G. Wheeler Jones (de Danville) prescrit l'essence de winter-green et le sel commun.

3. — M. le Dr G. Wheeler Jones lit un travail sur la *chorée*, où il admet que cette affection est due à des lésions atoniques des centres nerveux, chez des enfants ayant des antécédents héréditaires syphilitiques ou tuberculeux, lésions produites par certains poisons, particulièrement par le rhumatisme.

M. le Dr Larrabee (de Louisville) admet que la chorée peut succéder à une frayeur, et être suivie elle-même d'attaques de rhumatisme et d'endocardite. Il a vu un cas de chorée à la suite d'une leucémie due à une grande frayeur !

4. — M. le Dr Larrabee lit un travail sur *quelques points concernant l'étiologie et le traitement des fièvres chez l'enfant*. Il recommande le renouvellement de l'air frais, l'emploi des soins antithermiques plutôt que des médicaments antipyrétiques, la diète, des bains fréquents, et peu de drogues. Dans la fièvre typhoïde, il prescrit des mesures hygiéniques; au début il donne un vomitif (ipéca), puis du calomel, enfin un bain. S'il soupçonne l'impaludisme, il ordonne de la quinine. Pendant le cours de la maladie, il ordonne des lotions fréquentes, et l'eau à l'intérieur, de la glace sur la tête et quelquefois des doses très faibles de morphine, du phénate d'ammonium; mais jamais, dit-il, il ne faut donner d'antipyrétiques comme l'acétanilide, à cause de l'acide carbonique contenu dans le sang. Il n'a pas confiance dans l'alcool, et ne force pas les malades à manger. Il donne du lait coupé d'eau, avec un peu de sel.

c). — *Section de médecine pratique, de matière médicale et de physiologie.*

Séance du 8 mai.

1. — M. le Dr N.-S. Davis (de Chicago) annonce la mort du président de la section, M. le Dr A.-B. Palmer, et l'absence du secrétaire, M. le Dr N.-S. Davis junior.

Sont élus : président, M. le Dr W.-C. Van Bibber (de Baltimore); secrétaire, M. le Dr G.-A. Fackler (de Cincinnati).

La discussion est ouverte sur *la Pneumonie, son étiologie, sa pathologie, son traitement*.

M. le Dr Van Biber ouvre la discussion par des considérations sur le mécanisme de la pneumonie et son traitement. Par le mot mécanisme, il essaye de démontrer comment, en général, se développent les lésions pulmonaires, interprétées durant la vie et reconnues après la mort macroscopiquement et microscopiquement. Il reconnaît à la pneumonie quatre causes prédisposantes, différant entre elles, mais pouvant chacune produire le même effet : la congestion des capillaires, par un mode d'action différent ; ce sont l'âge, le froid, l'impaludisme et l'alcool. Il en arrive à la conclusion suivante : les causes prédisposantes ne peuvent produire la pneumonie par elles-mêmes, mais elles ont occasionné de telles lésions dans l'organisme qu'un trouble ultérieur survenant, il se produit une congestion des poumons plutôt que toute autre maladie. L'étude de ces lésions, dues aux causes prédisposantes, procure des avantages au traitement prophylactique et au traitement ultérieur. L'auteur cite le mot de Fothergill, à propos du traitement : « Tous les nouveaux remèdes sont essayés contre la pneumonie. C'est une maladie qui convient particulièrement à la médecine spéculative. » Il décrit ce traitement en exposant trois cas types imaginaires de pneumonie : 1° un enfant de dix-huit mois ; 2° un jeune homme de 25 ans ; 3° un homme de 60 ans, ayant la malaria ; 4° un de 70 ans, où l'âge s'unit à l'impaludisme et à l'alcoolisme. Pour les cas graves, il est nécessaire de faire poser des ventouses à la base des poumons ou entre les épaules, ou plus particulièrement entre la troisième et la huitième vertèbres dorsales, afin de pouvoir rendre complètement libre la circulation au niveau de la base des poumons, par suite des lois de la révulsion. C'est aussi un moyen de modérer les effets de la tension artérielle d'origine fébrile. Enfin, il diminue la douleur et l'oppression. Les médicaments recommandés sont au nombre de cinq : le chlorhydrate et le carbonate d'ammonium, le premier agissant sur la circulation dans les capillaires en diminuant leur réplétion et comme résolvant, expectorant et diaphorétique ; le second est un stimulant, un résolvant et prévient la coagulation et l'engorgement du sang dans les capillaires. On peut aussi s'en servir en inhalations. L'antipyrine et l'antifébrine calment la fièvre, en diminuant la chaleur du sang. La digitale, le veratrum viride, la strychnine, le strophanthus et les autres remèdes ont de la valeur entre les mains de ceux qui ont l'habitude de les prescrire.

A propos des troubles cardiaques, le Dr Van Bidder fait remarquer : 1° la diminution de la surface respiratoire du poumon, d'où diminution de l'hématose ; 2° l'exsudation et l'engorgement pulmonaires ; 3° la pression sanguine dans le cœur, afin de forcer le sang à traverser l'obstacle. Cet état augmente la pression dans le ventricule gauche et, si les accidents continuent, le cœur peut être lésé.

M. le Dr Whittaker fait remarquer que les deux dernières années ont été plus fructueuses pour l'étude de la pneumonie, qu'une période antérieure de deux mille ans. On l'a fait rentrer dans le cadre des maladies aiguës infectieuses. Toutes les erreurs ayant rapport à elle sont tombées. Elle n'attaque pas les individus forts, vigoureux, mais montre une prédilection pour les faibles. Le froid ne peut être considéré plus longtemps comme une cause de pneumonie. Juergensen, le premier, a montré comment elle apparaît, sans avoir une connaissance exacte de sa cause. L'orateur relate la découverte des divers microorganismes de la pneumonie, regardant ceux décrits par Friedlander et Fraenkel comme les agents probables de l'af-

fection. Nous savons qu'elle peut être aussi produite par d'autres microorganismes tels que le bacille de la fièvre typhoïde, et le staphylococcus du pus. Ces microbes sont donc nombreux; mais peut-il y avoir plusieurs formes de pneumonie? On a isolé l'une d'elles sous le nom de *pneumonie « croupale »*, mais on ne peut la diagnostiquer dans un certain nombre de cas Jusqu'ici on a divisé la pneumonie en primitive et secondaire, celle-ci due à l'invasion de divers microorganismes appartenant à l'affection causale. Des recherches ont montré que dans 70 à 90 0/0 des cas de vraie pneumonie « croupale » on trouve le diplococcus de Fraenkel. Le médecin peut donc diagnostiquer la pneumonie en recherchant la bactérie dans les vingt-quatre heures qui précèdent l'apparition des signes physiques. L'orateur décrit les propriétés de la bactérie de Fraenkel. Une température de 70° l'atténue en 24 à 28 heures ; une de 40°,5 en 5 jours ; une de 40° en 7 à 8 jours. Ces faits correspondent bien avec l'histoire clinique de la pneumonie. La fièvre peut être considérée comme l'agent de destruction de la maladie. On a observé que les cas les plus favorables étaient ceux où la température était la plus intense. Le danger n'est pas du côté de la fièvre, mais du côté du cœur et la question est de savoir si le meilleur traitement ne consiste pas à soutenir cet organe. Laissant donc la fièvre de côté, ou se contentant de donner de faibles doses d'antipyrine ou d'antifébrine pour empêcher les accidents occasionnés par une température trop élevée, il faut donner de la digitale pour le cœur. S'il est nécessaire d'une stimulation rapide, rien ne vaut la nitro-glycérine, le café noir et l'alcool. Par ce régime, l'orateur a trouvé dans ses vingt années d'exercice un abaissement dans la mortalité de la pneumonie, de 18 à 20 0/0.

M. le Dr N.-S. Davis, pense que la *mortalité dans la pneumonie* est certainement plus considérable actuellement, qu'il y a 25 ans. Ce fait a été établi par les statistiques faites non seulement dans les hôpitaux, mais parmi la population des Etats-Unis, aussi bien dans les villes que dans les campagnes. A propos de la question du froid, il a été démontré, sans aucun doute, que la maladie sévit davantage pendant l'hiver, que pendant l'été. Un médecin éminent du Canada, à un congrès récent du Dominion, a exposé les trois méthodes de traitement qu'il emploie depuis 30 ans. Dans la première décade, il use de la saignée ; dans la seconde il reste dans l'expectative, et dans la troisième il se sert d'un traitement stimulant. La mortalité est la moindre dans la première décade, et la plus élevée dans la dernière. L'orateur s'étend longuement sur les bénéfices, apportés par la saignée au début, suivie d'une médication abaissant la tension cardiaque, pendant les 24 ou 36 heures suivantes. Il cite des cas à l'appui.

M. le Dr Von Klein (de Dayton) a, pendant son service dans l'armée russe, trouvé que la pneumonie est moins fréquente dans un climat où la température moyenne est de 10°, que dans les climats tempérés. Il pense que la saignée est utile. Il admet que l'accroissement de la mortalité est dû à ce fait, que les individus sont moins robustes qu'il y a 50 ans. Ils ont changé leurs habitudes, leurs vêtements, leur régime, etc.; et le traitement doit être inspiré par les particularités de chaque cas.

M. le Dr Octerlong (de Louisville) dit que du temps de Skoda et de Austin Flint, les guérisons étaient de 50 0/0. J.-N. Bennett, d'Edimbourg, a inauguré la méthode consistant à suivre la marche naturelle de la maladie, et la mortalité a été réduite à 1 sur 36. L'orateur pense que souvent le traitement doit être local. Mais il s'est converti à la théorie de la pneumonie maladie essentielle, spécifique, due à une cause spécifique, probablement au pneumocoque.

M. le Dr Jenkins (de Jowa) attribue l'augmentation apparente de la mortalité à la plus grande exactitude du diagnostic et au progrès de nos connaissances en pathologie.

M. le Dr Baily (de Louisville) préconise l'usage des stimulants surtout pendant la dernière période.

M. le Dr Shattuc (de Boston) doute que l'augmentation de la température soit un processus salutaire, mais il pense qu'il faut plutôt veiller à l'état du pouls qu'à celui de la fièvre. On a trop surfait autrefois l'influence de la température dans la pneumonie. Il laisse de côté l'usage des antipyrétiques dans cette maladie. La pneumonie étant une maladie de courte durée, il pense que leur usage, surtout au moment de la crise est dangereux, lorsque le cœur est affaibli ; et cette médication peut causer un collapsus grave.

2. — M. le Dr Frank Wodbury (de Philadelphie) parle de l'*opération hippocratique dans l'empyème* et relate un cas à l'appui.

3. — M. le Dr Morris H. Henry (de New-York) lit un travail sur l'administration de l'*iodure de potassium dans la syphilis*. Il parle de la valeur du mercure au début ou à la fin de la seconde période de la maladie. Il dit qu'on peut donner l'iodure de potassium à la dose de 0,35 centig. à 3 gr., 5 toutes les 4 heures, et de 2 gr. à 20 gr. en 24 heures ! Il parle de la valeur de ce médicament dans le rhumatisme syphilitique. Il réclame la priorité de l'administration de doses massive d'iodure de potassium, dans les cas de syphilis ancienne.

d). Section de médecine pratique.

Séance du 10 mai.

1. — M. le Dr J.-N. Danforth (de Chicago) lit un travail sur l'*évolution du rein kystique*. Il classe les causes de cette dégénérescence rénale comme il suit : 1° Causes diathésiques : *a)* excès de sels dans l'urine ; *b)* tuberculose ; *c)* carcinome. 2° Causes congénitales : *a)* rein flottant avec tension consécutive de l'uretère ; *b)* hydronéphrose congénitale ; *e)* dégénérescence congénitale des éléments du rein. 3° Obstruction mécanique consécutive à des maladies des organes pelviens. 4° Causes traumatiques. 5° Kystes pathologiques (dermoïdes, hydatiques, transformation kystique).

La plupart des reins kystiques ou chirurgicaux se manifestent pendant la période active de la vie, quand les diathèses causales se manifestent. Ceci est surtout vrai pour les kystes dus à l'excès de sels dans les urines. La tuberculose est rarement primitive, mais que l'affection soit primitive ou secondaire, la lésion est la même. Les dépôts tuberculeux se font surtout dans la substance corticale autour des branches artérielles. Chez l'adulte, le carcinome n'est jamais primitif et les manifestations secondaires ne sont pas communes ; celles-ci ne s'accompagnent pas ordinairement de dégénérescence kystique. Elle a lieu, soit que les masses cancéreuses se présentent sous forme d'infiltration, ou de nodules arrondis, entourés d'une capsule de tissu conjonctif hypertrophié. Les nodules cancéreux ne reçoivent bientôt plus de sang par le fait de leur processus, et subissent une masse rétrograde, dégénérescence graisseuse ou mucoïde. Ils se transforment dès lors en masses molles, pultacées ou en un liquide jaune sale ou grisâtre. Celui-ci s'ouvre une voie ordinairement dans le bassinet, et de là dans la vessie. Le premier signe d'un cancer du rein est souvent un écoulement abondant de matière purulente et sanguinolente par l'urèthre. Le cancer primitif du rein est particulier à l'enfance, *avant la première ou la cinquiène année* ; il prend la forme encéphaloïde, et atteint parfois des proportions énormes. L'auteur a vu un cas de ce genre, où la tumeur distendait tellement l'abdomen, que l'intestin, le foie et les autres organes étaient comprimés et ne pouvaient être que difficilement reconnus. Dans ce cas, le rein était représenté par des cavités kystiques contenant un liquide gris sale. L'orateur désigne, sous le nom de reins migrateurs, le rein flottant, et le rein mobile, dont l'étiologie n'est pas encore bien connue. La dégénérescence kystique congénitale est regardée comme une transformation des glomérules de Malpighi, et parfois des tubuli contorti, dont le début remonte à la vie intra-utérine. Les kystes de cause mécanique peuvent être consécutifs à une affection des organes pelviens. Du côté de la vessie, on trouve : la cystite, le carcinome, le sarcome, la tuberculose. Du côté de l'utérus, le prolapsus, surtout lorsque des adhérences se sont produites ; les tumeurs malignes peuvent, par suite de la compression des uretères, engendrer la distension des bassinets et la formation des kystes du rein. La sténose de l'uretère peut être due à des tumeurs du ligament large, à des fibrômes ovariens, à la pelvi-péritonite. Il est difficile de classer les *causes traumatiques*. L'auteur a vu une jeune femme chez laquelle une chute sur le côté droit avait été la cause du développement d'abcès kystiques nombreux du rein droit. Elle mourut à la suite de la néphrectomie.

(A suivre) A. Raoult.

REVUE DE PSYCHIATRIE

I. H. Schuele. — **Traité clinique des maladies mentales.** Traduit sur la 3e édition allemande, par J, Dagonet et Duhamel. Premier fascicule. — Paris, 1888. A. Delahaye et E. Lecrosnier, éditeurs.

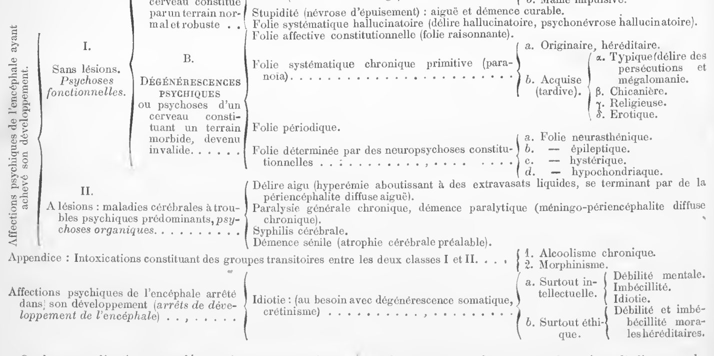
II. R. de Krafft-Ebing. — **Lehrbuch der Psychiatrie.** — 3e édition, Stuttgart, 1888. F. Enke, éditeur.

III. A. Cullerre. — **Les frontières de la folie.** — Paris, 1888. J.-B. Baillière, éditeur.

IV. V. Parant. — **De la raison dans la folie.** — Paris, 1888. O. Doin, éditeur.

I. La *Klinische Psychiatrie*, si didactique, si minutieusement détaillée de M. Schuele, nous l'avons déjà présentée aux lecteurs du *Progrès médical* et des *Archives de Neurologie* (voy. *Progrès médical*, 2e série, t. IV, p. 786), (*Archives de Neurologie*, t. XII, p. 414). Nous n'avons donc à nous occuper ici que de l'œuvre des traducteurs. Or le style en est excellent et d'une irréprochable clarté. Nous leur signalerons, cependant, une modification qui nous paraît plus en conformité avec les éléments de la pathologie générale, avec les manières de voir des psychiatres allemands et de M. Schuele en particulier. Nous aimerions mieux voir traduire *Wahnsinn* par folie systématique plutôt que par délire systématique, parce que *Wahnsinn* est un terme générique qui comprend des délires plus ou moins cohérents, plus ou moins organisés, plus ou moins cristallisés. La description des formes de cette entité se trouve bien, elle, du mot délire.

II. Le traité de M. de Krafft-Ebing se distingue nettement des ouvrages d'enseignement en usage dans les universités allemandes en ce qu'il abonde en observations à l'appui des descriptions nosographiques. Nous y comptons 118 relations cliniques. On conçoit de quelle importance est cette innovation dans une science qui, pour l'immense majorité des faits au moins, ne possède pas d'anatomie pathologique, c'est-à-dire dont la plus grande partie des types cliniques ne s'explique point par d'invariables lésions. Nous ne saurions mieux faire, pour exposer les conceptions doctrinales du savant maître de Graz, que de résumer sa classification. En voici le tableau.



Affections psychiques de l'encéphale ayant achevé son développement.
- I. Sans lésions. *Psychoses fonctionnelles.*
  - A. Psychonévroses ou psychoses d'un cerveau constitué par un terrain normal et robuste . .
    - Mélancolie (névrose d'arrêt de l'organe psychique. { a. Simple. b. Avec stupeur.
    - Manie (névrose de décharge) . . . . { a. Exaltation maniaque. b. Manie impulsive.
    - Stupidité (névrose d'épuisement) : aiguë et démence curable.
    - Folie systématique hallucinatoire (délire hallucinatoire, psychonévrose hallucinatoire).
  - B. Dégénérescences psychiques ou psychoses d'un cerveau constituant un terrain morbide, devenu invalide. . . . . .
    - Folie affective constitutionnelle (folie raisonnante).
    - Folie systématique chronique primitive (paranoïa). . . . .
      - a. Originaire, héréditaire.
      - b. Acquise (tardive).
        - α. Typique (délire des persécutions et mégalomanie.
        - β. Chicanière.
        - γ. Religieuse.
        - δ. Erotique.
    - Folie périodique.
    - Folie déterminée par des neuropsychoses constitutionnelles . . . .
      - a. Folie neurasthénique.
      - b. — épileptique.
      - c. — hystérique.
      - d. — hypochondriaque.
- II. A lésions : maladies cérébrales à troubles psychiques prédominants, *psychoses organiques*. . . . .
  - Délire aigu (hyperémie aboutissant à des extravasats liquides, se terminant par de la périencéphalite diffuse aiguë).
  - Paralysie générale chronique, démence paralytique (méningo-périencéphalite diffuse chronique).
  - Syphilis cérébrale.
  - Démence sénile (atrophie cérébrale préalable).

Appendice : Intoxications constituant des groupes transitoires entre les deux classes I et II. . . . { 1. Alcoolisme chronique. 2. Morphinisme.

Affections psychiques de l'encéphale arrêté dans son développement (*arrêts de développement de l'encéphale*) . . , ...
- Idiotie : (au besoin avec dégénérescence somatique, crétinisme) . . . .
  - a. Surtout intellectuelle. { Débilité mentale. Imbécillité. Idiotie.
  - b. Surtout éthique. { Débilité et imbécillité morales héréditaires.

Quelques explications complémentaires nous paraissent nécessaires. Les *psychonévroses* sont, en réalité, pour M. de Krafft-Ebing, des maladies mentales tout accidentelles frappant l'individu une fois en passant par suite d'un ensemble de circonstances occasionnelles. Elles offrent tous les caractères d'entités morbides définies qui parcourent des phases évolutives précises et limitées, tout comme la pneumonie aiguë *à frigore*. Au contraire, la *dégénérescence psychique*, constitutionnelle, est l'expression suprême d'une déséquilibration constante; périodique ou chronique, elle constitue un mélange bizarre de lucidité, d'absurdité, de déraison. Dans le premier cas, on n'observe le plus souvent qu'une seule attaque qui se dissipe spontanément et ne laisse pas de germes d'hérédité. Dans le second, l'individu est aliéné avant de l'être, l'aliénation mentale confirmée aggrave encore son état, quoique la dernière vienne tardivement, et le condamne à une incurabilité certaine ainsi qu'à la transmission héréditaire de modalités psychopathiques de plus en plus tenaces.

Un mot encore. La folie systématique hallucinatoire aiguë de Krafft-Ebing, correspond tout à fait à celle de Meynert. Elle diffère de celle de Schuele en ce que toutes les vésanies aiguës à délires les moins cohérents y sont principalement envisagées, et cependant c'est, dit l'auteur, le texte du délire qui détermine les anomalies de l'humeur du malade, et le désordre dans les idées est causé par la multiplicité des conceptions hallucinatoires. M. de Krafft-Ebing tient également compte de la systématisation ultérieure qui suit la période aigüe, de sorte que la distinction repose sur des nuances en bien des cas. C'est la désorientation du patient qui sert principalement à MM. de Krafft et Meynert d'élément de diagnostic dans leur *Wahnsinn* hallucinatoire aigu. La folie systématique chronique, M. de Krafft-Ebing l'appelle *Verrüchtheit* qu'il fait synonyme de *paranoia*, tandis que Schuele la groupait dans le *Chronischer Wahnsinn*, du moins en ce qui a trait au délire des persécutions. Ici c'est exclusivement la systématisation des idées délirantes qui sert de base à l'établissement du type; il ajoute : « de même que dans le *Wahnsinn* hallucinatoire aigu, l'humeur et les actes sont de simples réactions motivées par des idées délirantes, » de sorte qu'au fond la différence entre les deux types, à l'analyse psychopathologique, réside purement et simplement dans l'acuité des hallucinations. Enfin M. de Krafft-Ebing croit que le délire de persécution est constamment une modalité pathologique de dégénérés, tandis que M. Schuele en dis-

tingue deux espèces; un spontané (*Wahnsinn*), un qui apparaît chez des individus tarés (*Verrücktheit*).

III. Sous ce titre, M. Cullerre décrit une série de modalités morbides qui, pour la plupart, sont autant de types psychopathiques. Ce n'est pas que toutes puissent être étiquetées, cataloguées, en tant qu'entités morbides, mais elles constituent alors des signes dégénératifs ou des complexus précurseurs tellement nets (phobies diverses, obsessions, impulsions, instabilité mentale, etc.) que les frontières de la folie doivent être de par leur existence tenues pour franchies. Cela est encore plus exact pour les persécutés-persécuteurs, les chicaniers, les jaloux morbides, les mystiques, les fanatiques. Quant aux hystériques il en est d'eux et d'elles comme des épileptiques; la description de leur caractère indique déjà que la limite de la folie est à tout instant dépassée. Même réflexion à l'égard des anomalies, perversions, aberrations sexuelles. Faut-il attendre que ces malheureux aient commis un acte délictueux, aient fait courir un danger quelconque à leurs semblables ou se soient nuis à eux-mêmes pour affirmer l'aliénation mentale? Evidemment, tel n'est pas l'avis de M. Cullerre, puisque son chapitre VIII, consacré à la médecine légale, est empreint du plus pur bon sens, de la logique la plus serrée mise au service de la science et de l'humanité. C'est pourquoi nous aimerions mieux qu'il modifiât son titre. Ce sont bien des aliénés que ceux qui, à un moment quelconque de leur vie ne commandent plus à leurs actes: C'est cette idée qu'il convient de vulgariser et non cette autre qu'ils ne sont pas encore fous. J'eusse mieux aimé: *les aliénés en société*. Ce livre est, d'ailleurs, très au courant des progrès de la science, nous signalerons aux démographes la première partie du chap. X (Folie et civilisation). Nous aimons moins les deux dernières parties du même chapitre; si le talent est, comme l'accepte M. Cullerre, un des symptômes de la folie, n'y a-t-il pas un traitement dans le mode d'éducation et d'instruction propre à maintenir l'équilibre entre les facultés? D'un autre côté ne peut-on devenir un homme de génie sans avoir été prodige, simplement par une heureuse adaptation des méthodes, des connaissances léguées par les maîtres? N'y a-t-il pas des hommes de génie primesautiers qui semblent des créateurs, et qui, sans le savoir, utilisent leurs facultés d'assimilation, dans cette sorte d'intuition créatrice? Quoiqu'il en soit, la folie des hommes de génie n'est-elle pas plutôt la résultante d'un défaut de pondération dont les institutions sociales sont responsables, que la cause même de leur talent. C'est, du reste, un sombre tableau à présenter aux gens du monde que de leur dire: tous vos grands artistes, tous vos grands savants, tous vos inventeurs n'avaient de valeur supérieure que parce qu'ils étaient des dégénérés, des tarés, de vrais aliénés? Si vous voulez que vos enfants soient de grands hommes, déséquilibrez-vous. Nous croyons, nous, que les tableaux les plus décevants et l'étude des génies contiennent, comme toutes les choses humaines, un enseignement utile, une sorte de thérapeutique sociale dont nous aimerions à voir exposer la technique.

IV. Tant de savants ont publié des mémoires sur les caractères de l'aliénation mentale qu'il paraît indiqué, ne serait-ce que pour ceux qui ne sont pas spécialistes, et pour le public, d'analyser le *réel état des facultés intellectuelles des aliénés*. Car, à force de grossir les éléments morbides de la folie, de les présenter disséqués par l'expérience de l'investigateur on a, sans s'en apercevoir, constitué de toutes pièces de véritables monstruosités. Nous avons contribué à répandre, à alimenter l'opinion populaire, d'après laquelle un aliéné divague tellement, s'agite à ce point que la déraison éclate constamment et transforme grossièrement la personne de ce malheureux. Aussi quelle n'est pas la surprise des visiteurs introduits auprès des aliénés de constater une allure, une conversation, des manières qui ne dénotent pas le moins du monde l'aliénation mentale. Il est temps, par conséquent, de compléter la peinture, en intervertissant les habitudes scientifiques, en écrivant une *monographie de ce qui reste de normal dans la folie*. Tel a été le but de M. Parant. Il examine successivement: — A. La connaissance ou intelligence chez les aliénés, d'après l'état de leur mémoire (I), leurs occupations (II), leur conversation (III), leurs écrits (IV), leurs aspects (V), leur physionomie (VI), leur activité productrice et reproductrice (VII), enfin leur excès d'activité (VIII). — B. Leur jugement et leur discernement; I. Sur le monde extérieur; II. D'après leur conscience de leur personnalité; III. D'après leur sensibilité morale. — C. Leur esprit de conduite. — D. Leur logique. — La conclusion naturelle et sociale de ce travail, on la trouvera dans le cinquième chapitre intitulé: Persistance partielle de la raison dans la folie, examinée au point de vue médico-légal. L'article premier, notamment, sous la rubrique euphémique « *De quelques causes d'erreur dans l'appréciation de la folie* » expose, en réalité, avec sens et perfection, les éléments pratiques de la conviction médico-légale et ses nécessités; ce que nous y critiquerions, c'est l'étude de cette fameuse zone mitoyenne entre la folie et la raison. L'article II est consacré à la *raison partielle* au point de vue de la capacité civile; l'article III examine la question de la responsabilité partielle que M. Parant, et nous l'en félicitons, tranche en faveur de l'irresponsabilité complète. En somme, ce livre est un livre pratique et complet à l'usage des magistrats qui désirent se rendre compte de ce qu'est la folie dans les cas, et ils sont les plus nombreux, où l'aspect extérieur du malade ne fournit aucune indication.

P. Kéraval.

VARIA

Circulaire relative aux aspirantes au diplôme de sage-femme de 1re classe, pourvues du certificat d'études primaires.

Messieurs les Recteurs viennent de recevoir la circulaire ci-dessous du Ministre de l'Instruction publique :

« J'ai été interrogé sur la question de savoir si le certificat d'études primaires établi par l'arrêté du 16 juin 1880, pouvait dispenser les aspirantes au titre de sage-femme de première classe, de l'examen préparatoire institué par l'arrêté du 1er août 1879. Je n'hésite pas à me prononcer dans le sens de l'affirmative. Il résulte, en effet, de la comparaison du programme de ces deux examens que la possession du certificat d'études suppose des connaissances supérieures à celles dont les élèves sages-femmes doivent faire preuve à l'examen préparatoire et j'ai décidé qu'à l'avenir cet examen ne serait pas exigé des aspirantes qui posséderont le certificat d'études primaires établi par l'arrêté du 16 juin 1880. Vous voudrez bien porter cette décision à la connaissance de MM. les Doyens et Directeurs de votre ressort académique et vous assurer que les intéressées en seront informées. »

Congrès international d'hydrologie et de climatologie de Paris (1889).

Un rapport adressé par M. Antonin Proust à M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie, et inséré dans le *Journal officiel* du 14 mars 1885, a fait connaître l'intention du gouvernement de provoquer la préparation de *Congrès* et de *Conférences* destinés à compléter l'utilité pratique et à rehausser l'éclat de l'Exposition universelle internationale de 1889. Aussi, par la décision prise en Assemblée générale du 8 octobre 1886 par le Congrès de Biarritz, la seconde session triennale du *Congrès international d'hydrologie et de climatologie* se tiendra à Paris en 1889, au commencement du mois d'octobre. La date précise de la réunion sera ultérieurement fixée. En exécution de l'article 3 des statuts, le bureau du Congrès de Biarritz a transmis à un nouveau Comité le soin d'organiser le Congrès de Paris.

Ce comité est ainsi composé : M. E. Renou, directeur de l'observatoire météorologique du Parc de Saint-Maur, vice-président de la Société météorologique de France, *président*. M. Danjoy, président de la Société d'hydrologie médicale de Paris, *vice-président*. M. le Dr F. de Ranse, membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris, *secrétaire général*. M. le Dr Caulet, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. M. le Dr Fines, directeur de l'observatoire des Pyrénées orientales, à Perpignan. M. le Dr Japhet, vice-président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. M. Lemoine, président de la Société météorologique de France. M. le Dr Leudet, secrétaire général de

la Société d'hydrologie médicale de Paris. M. PICHE, président de la commission météorologique des Basses-Pyrénées, à Pau. M. POINCARRÉ, inspecteur général des Ponts-et-chaussées et d'hydraulique agricole, vice-président de la Société météorologique de France. M. le Dr TILLOT, membre correspondant de l'Académie de médecine, ancien président de la Société d'hydrologie médicale de Paris. M. le Dr SCHLEMMER, secrétaire de la Société d'hydrologie médicale de Paris, *secrétaire*.

Le Comité est entré en fonctions et fera connaître plus tard le programme du Congrès. En attendant il appelle plus particulièrement l'attention de ceux qui voudront bien y participer sur les questions suivantes :

1° HYDROLOGIE. — *a*). *Hydrologie scientifique*. — 1° Des précautions à prendre pour la détermination précise de la température des sources thermales ; 2° Des micro-organismes contenus dans les eaux minérales et de leur influence sur la composition et les propriétés de ces eaux ; 3° De l'influence des découvertes bactériologiques sur la thérapeutique thermale ; 4° Programme d'un enseignement de l'hydrologie.

b). *Hydrologie médicale*. — 1° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux ; 2° Des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies chroniques du rein ; 3° Du traitement hydrominéral dans les névralgies utéro-ovariennes graves ; 4° Du traitement hydrominéral dans la tuberculose osseuse et articulaire ; 5° Du traitement hydrominéral et des bains de mer chez les enfants ; 6° Des étuves sèches et humides (technique et applications) ; 7° Des douches locales en hydrothérapie.

2° CLIMATOLOGIE. — 1° Conditions qui doivent présider à l'installation d'un observatoire météorologique ; 2° Règles de la prévision du temps. — Organisation de l'annonce du temps dans les stations sanitaires ; 3° Climatologie des différentes stations sanitaires ; 4° Comparaison et classement des stations sanitaires au point de vue de leurs conditions climatologiques ; 5° De l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine ; 6° De l'action des climats maritimes dans les affections tuberculeuses ; 7° Programme d'un enseignement de la climatologie.

Le Comité rappelle que le Congrès se compose de membres honoraires et de membres adhérents nationaux et étrangers. Les membres adhérents nationaux et étrangers sont soumis à une cotisation de 12 francs. Les *communications ou demandes de renseignements* doivent être adressées au *Secrétaire général*, M. le Dr de Ransc, à Paris, 53, avenue Montaigne, du 1er octobre au 1er juin ; à Néris (Allier), du 1er juin au 1er octobre.

Le Musée d'hygiène de la Faculté de médecine.

Depuis longtemps la presse médicale, en tête de laquelle il convient de citer dans cette circonstance le *Progrès Médical*, a réclamé la création d'un musée d'hygiène de Paris. Notre confrère, à l'issue des expositions d'hygiène de Genève en 1882, et de Paris (caserne Lobau, 1886), avait exprimé le vœu que les matériaux d'étude rassemblés alors ne fussent pas perdus et dispersés, mais devinssent le point de départ d'un musée, contenant les objets indispensables à l'enseignement pratique de l'hygiène.

M. Bourneville, pensait avec raison, que la ville, en organisant un musée municipal d'hygiène, où des cours fussent faits aux étudiants, aux architectes et à la masse du public, rendrait un service incontestable à la population. Le Conseil municipal avait voté, en 1883, un crédit de 16,000 francs, pour aménager un musée d'hygiène des bâtiments dépendant du nouvel Hotel-Dieu ; cependant, le projet n'aboutit pas plus que celui d'utiliser dans le même but l'ancienne église de Saint-Julien-le-Pauvre, classée comme monument historique.

C'est la Faculté qui, sous l'impulsion du professeur Proust, a réussi la première à réaliser cette création si utile et qui existe déjà dans plusieurs villes de l'étranger.

Le musée d'hygiène se trouve au premier étage des nouveaux bâtiments de l'école pratique, dans la partie qui longe la rue Monsieur-le-Prince, derrière le laboratoire de bactériologie.

On y voit une exposition déjà bien installée, bien éclairée, où se trouvent représentés les appareils de chauffage, de ventillation, les ameublements scolaires, les expositions alimentaires, les modèles des appareils usités dans les principales industries, ce qui est relatif à l'assainissement des habitations et des villes, distribution des eaux potables, évacuation des vidanges, étuves à désinfection, etc. On ne saurait trop encourager la Faculté à compléter cette exposition, les médecins et les étudiants a la visiter et à suivre les cours qui s'y font déjà tous les vendredis. (*Concours Médical*, n° 23, 1888.)

Langues étrangères.

Il vient de paraître une nouvelle méthode d'apprendre les langues vivantes, conforme à la méthode naturelle. Le premier volume, consacré à l'étude de la *langue allemande*, se compose de trois parties. Dans la première, on aborde de front la langue parlée sous forme de *mots et de phrases* absolument usuelles ou relatives aux choses de la vie. — Cette fois, ce n'est pas un trompe-l'œil. La théorie vient simplement en aide à la pratique, celle-ci précédant, comme il convient, celle-là. La seconde partie, d'après le même procédé, sera consacrée à l'intelligence de la *conversation*. La troisième groupera les *idiotismes et les proverbes germains* comparés aux idiotismes et proverbes français. Nous ne connaissons guère que la grammaire chinoise de Keczkowski disposée de cette façon ; le succès, par ce procédé, du savant professeur à l'Ecole des langues orientales de Paris, a légitimé cette manière de faire. La *méthode pratique de langue allemande* est due à M. Antoine LÉVY, professeur au lycée Charlemagne. Elle intéresse tous les médecins qui peuvent avoir besoin d'apprendre cette langue vivante. P. K.

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 25. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Gariel, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Fournier, Marc Sée, Rémy. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Delens, Segond, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Hayem, Straus, Brissaud. — 4e *de Doctorat* : MM. Ollivier, Raymond, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu (1re *Série*) : MM. Ribemont-Dessaignes, Reynier Jalaguier ; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Pinard, Reclus ; — (2e partie) : MM. Potain, Landouzy, Dejérine.

MARDI 26. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Duplay, Bouilly, Campenon. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Quinquaud, Quenu. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Le Fort, Lannelongue, Peyrot ; — (2e partie) : MM. Laboulbène, Dieulafoy, Troisier. — 4e *de Doctorat* : MM. Bouchard, Proust, Hutinel. — 5e *de Doctorat* (1re partie (Charité) : MM. Richet, Panas, Charpentier ; — (2e partie) (1re *Série*) : MM. Cornil, Legroux, Joffroy ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Jaccoud, Hanot.

MERCREDI 27. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Bouchardat, Pouchet ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Bourgoin, Blanchard ; — (3e *Série*) : MM. Baillon, Gariel, Lutz. — 1er *Officiat* (définitif) : MM. Marc Sée, Rémy, Reynier. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Fournier, Ollivier, Raymond. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Straus, Dejérine. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Delens, Pinard, Reclus ; — (2e *Série*) : MM. Trélat, Ribemont-Dessagnes, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Damaschino, A. Robin, Chauffard.

JEUDI 28. — (Epreuve pratique) Dissect. : MM. Mathias-Duval, Brun, Quenu. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Panas, Cornil, Ballet. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Lannelongue, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Hanot. — 4e *de Doctorat* : MM. Peter, Proust, Joffroy.

VENDREDI 29. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Hanriot ; — (2e *Série*) : MM. Gariel, Bouchardat, Pouchet ; — (3e *Série*) : MM. Regnauld, Bourgoin, Blanchard. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Raymond, Rémy ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Straus, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Delens, Segond, Jalaguier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Pinard, Reclus ; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Hayem, Ollivier, Chauffard.

SAMEDI 30. — (Epreuve pratique) Médec. opérat. : MM. Duplay, Brun, Quenu. — 2e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Fernet, Villejean. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Richet, Bouilly, Schwartz. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hotel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Peyrot, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Panas, Campenon, Charpentier, — (2e partie) : MM. Cornil, Legroux, Hutinel ; — (1re *Série*) : MM. Dieulafoy, Troisier, Ballet ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Ball, Quinquaud.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 27. — M. Teuliere. Des complications mortelles de l'adénopathie trachéo-bronchique. — M. Vincent Martin. Fonctions et injections antiseptiques dans les hématoses du genou. — *Jeudi* 28. — M. Lamare. De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical. — M. Dauriac. Cancer primitif de la région clitoridienne. — M. Rosenthal. Sur les déformations de la cloison du nez et de leur traitement chirurgicaux. — M. Poucy. Recherches sur les microbes du pus blennorrhagique. — *Vendredi* 29. — M. Hamaide. Contribution à l'étude clinique des anesthésies dépendant de lésions en foyer de l'écorce cérébrale. — M. le Noc. Contribution à l'étude clinique de la forme suffocante de la tuberculose miliaire aigue.

NÉCROLOGIE

M. Adrien KUZMIERSKI.

Le 13 juin dernier ont eu lieu à Macau (Gironde) les obsèques de M. ADRIEN KUZMIERSKI, étudiant en médecine, ancien élève des Facultés de médecine de Bordeaux et de Paris.

M. A. Kuzmierski vient de succomber aux suites d'une angine diphtérique à marche presque foudroyante, maladie contractée dans son service à Paris, à l'hôpital Trousseau, chez M. le Pr Lannelongue, dans les conditions suivantes. En faisant l'autopsie d'un enfant mort du croup, il se piqua au doigt. Au début, cet accident ne causa qu'un peu d'inflammation locale; cependant, comme la préparation du concours de l'internat le fatiguait beaucoup, onlui consollla de retourner dans son pays; c'est là que la diphtérie s'est déclarée après quelques jours d'incubation.

Kuzmierski était né à Macau, le 12 juillet 1864; il était âgé de 24 ans. Il commença ses études médicales à Bordeaux, y fut l'externe du Pr Demons, puis fut nommé interne des hôpitaux de Bordeaux. Après un court séjour dans cette ville (hôpital Saint-André) où il obtint de brillants succès (prix de la Faculté plusieurs années de suite), il vint à Paris et concourut à l'externat des hôpitaux en 1887. Il fut reçu le *premier* de sa promotion.

A ses obsèques assistaient presque tous les internes de Bordeaux, une délégation d'étudiants de la Faculté de Bordeaux, représentant l'Association générale des étudiants, et beaucoup de médecins de la région.

M. le Pr Demons et M. le Dr Piéchaud, agrégé de Bordeaux, représentaient la Faculté. M. Demons a prononcé quelques mots non seulement au nom de la Faculté de Bordeaux, mais aussi au nom des médecins et chirurgiens des hôpitaux de cette ville, des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris. Puis M. Chevalier, interne des hôpitaux, a pris la parole au nom des camarades et des collègues de Kusmierski.

La presse médicale bordelaise, qui a publié ces deux discours, adresse à la famille de l'infortuné jeune homme ses plus douloureux compliments de condoléance. Nous joignons tous nos regrets aux siens et nous sommes persuadé que l'Administration de l'Assistance publique de Paris n'oubliera pas comment elle doit honorer la mémoire de cette nouvelle victime du devoir. MARG. B.

Madame le Dr Clémence LOZIER.

Il vient de mourir à New-York, le 26 avril dernier, une doctoresse en médecine, Mme Clémence LOZIER, qui s'est activement occupée d'instruction, de médecine et du rôle social de la femme.

Née à Plainfield, en 1812, d'une famille à idées très avancées, la dernière de treize enfants, elle perdit son père à trois ans, et son frère William Harned, étudiant en médecine, devint le chef de la famille.

Clémence Harned fit ses études au couvent de Plainfield, où elle prit ses grades à 14 ans, puis apprit l'état de couturière. A 16 ans, elle épousa M. Abraham W. Lozier qui la laissa veuve après 8 ans de mariage. Elle perdit dans la même année son mari et deux enfants. De toute sa famille, un seul enfant survit, le Dr Abraham W. Lozier, né six mois après la mort de son père. Libre d'elle-même, Mme Lozier ouvrit une école pour les jeunes femmes, et pendant 12 ans la dirigea avec le plus grand succès.

Encouragée par sa mère et son frère, elle se décida à étudier la médecine. Après avoir demandé en vain son admission à plusieurs écoles, elle fut enfin reçue au collège éclectique de Syracuse, où elle obtint le diplôme de docteur en 1853. — En 1860, après beaucoup de succès, elle commença à faire des conférences pour les femmes, et finit par obtenir, après quelques difficultés, la création du 1er collège médical de femmes approuvé par l'Etat. Elle en fut nommée doyenne et professeur des maladies de femmes et d'enfants. Entourée de la sympathie, de l'estime, et du respect de tous les autres médecins, elle conserva, presque jusqu'à la fin de sa vie, une activité d'esprit remarquable (*The Phrenological Journal*). AL. S.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 10 juin 1888 au samedi 16 juin 1888, les naissances ont été au nombre de 1045, se décomposant ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 415 ; illégitimes, 129. Total, 544. — *Sexe féminin :* légitimes, 358 ; illégitimes, 143. Total, 501.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 10 juin 1888 au samedi 16 juin 1888, les décès ont été au nombre de 890, savoir : 496 hommes et 394 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 5, F. 1. T. 6. — Variole : M. 1, F. 7, T. 8. — Rougeole : M. 11, F. 8. T. 19. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 5, F. 3. T. 8. — Diphthérie, Croup : M. 13 F. 19, T. 32. — Choléra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 96, F. 75. T. 171. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 10. T. 30. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 3. T. 5. — Tumeurs malignes : M. 14, F. 21. T. 35. — Méningite simple : M. 22, F. 8. T. 30. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 25, F. 16. T. 41. — Paralysie : M. 4, F. 4. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 2, F. 8. T. 10. — Maladies organiques du cœur : M. 28, F. 17. T. 45. — Bronchite aiguë : M. 8, F. 8 T. 16. — Bronchite chronique : M. 8, F. 19. T. 27. — Broncho-Pneumonie : M. 8, F. 4. T. 12. — Pneumonie M. 22, F. 22. T. 44. — Gastro-entérite, biberon : M. 33, F. 27. T. 60. — Gastro-entérite, sein : M. 14, F. 15. T. 29 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 5, F. 2. T. 7. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3. T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 18, F. 4, T. 22. — Sénilité : M. 4, F. 15. T. 19. — Suicides : M. 17, F. 5 T. 22. — Autres morts violentes : M. 2. F. 0. T. 2. — Autres causes de mort : M. 98 F. 63. T. 161. — Causes restées inconnues : M. 7. F. 4. T. 11.

Mort-nés et morts avant leur inscription : 82, qui se décomposent ainsi : *Sexe masculin :* légitimes, 41, illégitimes, 13. Total : 54. — *Sexe féminin :* légitimes, 22 ; illégitimes, 6. Total : 28.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Concours des clinicats.* — Le lundi 25 juin aura lieu l'ouverture des Concours de clinicat médical, syphilitique, des enfants, chirurgical et obstétrical.

Concours de l'adjuvat d'anatomie. — Ce concours vient de se terminer par les nominations suivantes : 1er M. Calot ; 2e et 3e, *ex æquo*, MM. Dagron et Pfender ; 4e M. Mordret ; 5e M. Isch-Wall ; 6e M. Arnould.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — Un décret vient de nommer professeur de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier M. le Dr CASTAN.

ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE DE PARIS. *Herborisations.* — M. L. GUIGNARD, professeur, fera sa prochaine Herborisation dans la vallée de Chevreuse, le dimanche 24 juin 1888. Rendez-vous à la gare Montparnasse, à 7 heures 40 pour le train partant de Paris à 8 heures, pour la station de Trappes. Retour par la ligne de Sceaux. — On est prié, pour profiter de la réduction de 50 %, de se faire inscrire avant samedi soir, 4 heures, au Secrétariat de l'Ecole et de verser la somme de 2 francs, prix du billet aller et retour.

ECOLE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER. — Un concours s'ouvrira, le 4 décembre 1888, à l'Ecole supérieure de pharmacie de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

ECOLE D'INFIRMIÈRES AU CAIRE. — Le *British medical Journal* du 14 avril nous annonce la création d'une école d'infirmières annexée à l'hôpital Egyptien Kaser-el-ain, sous la direction d'infirmières laïques anglaises.

ECOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE. — M. le Dr LIVON, professeur de physiologie, est nommé membre du conseil académique.

ECOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE NANTES. — M. ALLAIRE, pharmacien de première classe, est institué, pour une période de 9 ans, chef des travaux physiques et chimiques à ladite Ecole.

ECOLE DE MÉDECINE DE NANTES. — Un décret récent crée une chaire de clinique ophthalmologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes. Il y a longtemps que cette création était réclamée par l'Ecole de Nantes.

UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES. *Faculté de médecine de Berlin.* — MM. les Drs KRÖNIG et JACOBSON sont nommés privat-docents.

ASSOCIATION DES INSTITUTIONS AMÉRICAINES POUR LES IDIOTS ET LES FAIBLES D'ESPRIT. — La douzième session annuelle de l'association a eu lieu à Rossio-House, Toronto (Canada), le lundi 18 juin, à 3 heures, et le matin suivant à Aurillia. Parmi les communications, nous devons signaler celles de MM. Knight, Willmarth, Osborne, Stewart, Fort, Osler, Ollivier, Isaac Kerlen, secrétaire de l'Association, et Schuttleworth.

BIBLIOTHÈQUES. — M. ARTIS, Dr en médecine, conseiller municipal, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres près la bibliothèque de Carentan, en remplacement de M. Pouillat, démissionnaire.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La *deuxième section* du Conseil supérieur de l'Assistance publique (*Secours aux individus malades, hôpitaux*) s'est réunie hier matin au ministère de l'intérieur, sous la présidence de M. le Dr Rochard. Après une discussion approfondie, elle a, conformément aux propositions du gouvernement, adopté à l'unanimité le principe que l'assistance aux indigents malades devait être obligatoire.

EAUX A PARIS. — La Commission, chargée de l'examen du projet de loi ayant pour objet de déclarer d'utilité publique les travaux à exécuter par la ville de Paris pour le captage, la dérivation et l'adduction à Paris des eaux des sources dites de la Vigne et de Verneuil (n° 2,776), se compose de : MM. Achard, Blandin, Camélinat, Crozet-Fourneyron, Deschanel, Dreyfus, Fouquet, Lesguillier, Maillard, Gadaud et Waddington. Dans le 3e bureau, M. Bourneville a retiré sa candidature et soutenu celle de M. le Dr Gadaud, député de la Dordogne et partisan déclaré du projet. 8 membres sont partisans du projet.

EPIDÉMIE. — Une épidémie de rougeole et de suette miliaire règne depuis quelque temps à Chouzé-sur-Loire, dans l'arrondissement de Chinon. On compte déjà une douzaine de décès. Dès le début, M. le sous-préfet de Chinon s'est transporté sur les lieux et a pris des mesures actives pour combattre le fléau. Par ses soins, un interne des hôpitaux de Tours est venu aider le médecin de Chouzé. Les écoles ont été fermées dès le premier moment. — La préfecture de la Haute-Vienne fait procéder actuellement à une enquête au sujet d'une petite épidémie dont ont été atteints une trentaine d'habitants de Saint-Victurnien et de la Barre-de-Veyrac, qui se plaignent de violentes coliques dont ils ne peuvent s'expliquer l'origine. Des échantillons de boissons, d'aliments et d'ustensiles de cuisine sont soumis à une analyse chimique. Plusieurs médecins pensent qu'il se pourrait que l'on fût simplement en présence d'une épidémie de coliques sèches, dites coliques du Poitou, qui sont assez fréquentes dans la contrée. M. Peyrusson, médecin et maire de la Barre-de-Veyrac, vient de saisir l'autorité préfectorale de ces cas qui ont beaucoup de points d'analogie avec l'affaire d'Hyères. M. Lemaître, médecin à Limoges, a été envoyé sur les lieux. Il a visité tout d'abord les malades, puis a envoyé au chef-lieu, pour y être soumis à l'analyse et à l'examen des chimistes, des échantillons de vin, de cidre et d'eau.

FÉCONDITÉ. — On signale, à Saint-Julien de Varaville (Manche), un cas de fécondité extraordinaire. Une femme a mis au monde, les 4 et 5 juin, cinq enfants : quatre garçons et une fille, qui ont vécu quelques jours. Trois sont nés le 4, deux autres vingt-quatre heures après. En quatre couches, cette femme a eu onze enfants : la première fois une fille, la seconde deux filles, la troisième trois garçons et la quatrième quatre garçons et une fille.

FEMMES-MÉDECINS. — La femme d'un professeur de l Université de Tubingue vient de publier une brochure priant toutes les Sociétés de dames d'adhérer à une pétition des femmes allemandes dont le but est d'obtenir, pour les doctoresses diplômées à Zurich, le droit d'exercer la médecine en Allemagne ! — La ville de New-York compte actuellement, d'après le *Ladie's Pictorial*, 450 femmes-médecins. A Broklyn, il y a encore plus de doctoresses. Ce journal anglais prétend qu'il y en a qui gagnent jusqu'à 50.000 francs par an ! Combien d'hommes-médecins qui désireraient être femmes à ce point de vue. Une d'elles ferait plus de 100.000 fr. de clientèle. C'est à faire rêver les chirurgiens de Paris..... et leurs jeunes élèves.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE DE PARIS. *Excursion géologique*. — M. Stanislas MEUNIER, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique le dimanche 24 juin 1888, à Liancourt, Le Vivray et Chaumont en Vexin. Rendez-vous gare St-Lazare, où l'on prendra à 6 heures 5 m. du matin, le train pour Liancourt-St-Pierre. On sera rentré à Paris à 5 h. 35. — N. B. Pour profiter de la réduction de 50 0/0, il est indispensable de verser le montant de la demi-place avant samedi soir, 4 heures.

RÉCOMPENSES. — A la Chambre des députés, un rapport vient d'être fait par la commission chargée d'examiner la proposition de loi ayant pour but d'accorder à M. le Dr Maillot, une pension viagère annuelle de 6.000 fr. à titre de récompense nationale.

REVUE SCIENTIFIQUE (Revue rose). — Sommaire du numéro 24 (16 juin 1888). L'eau à Paris. — Le moment de la mort, étude de médecine légale par M. BROUARDEL. — La genèse naturelle des formes animales, avec figures, par M. DURAND (de Gros). — L'évolution des peuples de l'extrême Orient et la colonisation moderne, par M. DE LANESSAN. — Les gastéropodes prosobranches, par M. E. BOUVIER. — Causerie bibliographique. — Académie des sciences de Paris. — Informations, Correspondance et Chronique. Inventions, Bibliographie et Bulletin météorologique.

HÔPITAUX DE PARIS. — *Concours pour deux places de chirurgiens.* Les opérations données à faire aux candidats ont été : *Ligature de la fémorale au niveau de l'anneau du 3e adducteur* ; *Amputation de Chopart.* — A l'épreuve orale ont été posées les questions suivantes : *Diagnostic et traitement des kystes hydatiques du foie* ; *des angiomes.*

Concours pour 3 places de médecins. — Les dix candidats admis à subir les épréuves définitives sont : MM. Babinski, Béclère, Charrin, Delpeuch, Dreyfous, Gilbert, Hirtz (Hipp.), Marie, Mathieu, Netter.

NOMINATIONS. — M. le Dr JOSSET est nommé adjoint au maire du XVIIIe arrondissement de Paris.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'OPHTHALMOLOGIE. — A la liste du bureau que nous avons donnée dans le dernier numéro (n° 24) du *Progrès*, il convient d'ajouter : *Trésorier*, M. DUBOIS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE. — Séance du 25 juin, à 4 heures précises, 3, rue de l'Abbaye. Ordre du jour : 1° Rapports de candidature ; 2° Du délire chronique (*suite*) : M. Marandon de Montyel ; 3° Communications diverses.

NÉCROLOGIE. — M. le Dr VICENTE GOMEZ Y COUTO (de Guanajuato). — M. le Dr SPON (de Lyon). — M. le Dr MAGNIEN, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne, ancien interne des hôpitaux de Lyon. — M. le Dr GOSSET (de Fécamp). — M. le Dr DAWSON, fondateur de l'*American Journal of obstetrics.*

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* : M. le professeur CHARCOT. Leçons le mardi et le vendredi à 9 heures. — *Clinique mentale* : M. VOISIN, le dimanche à 9 h. et demie. — M. le Dr TERRILLON continue ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE. — *Maladies mentales* : M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — M. le Dr JULES SIMON a recommencé ses conférences le mercredi 23 mai, à 9 heures du matin ; il les continue les mercredis suivants à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

16e ANNÉE. — 2e SÉRIE. T. VII. N° 26. BUREAUX, RUE DES CARMES, 14. 30 JUIN 1888

Le Progrès Médical

CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. TERRILLON.

Comparaison entre les affections des organes génitaux internes de l'homme et de la femme ;

Leçon recueillie par M. **Francis VILLAR**, ancien interne des hôpitaux.

Messieurs,

Vous êtes habitués à étudier séparément les affections des organes génitaux internes de l'homme et de la femme ; cette séparation très nettement établie dans vos ouvrages classiques est indispensable pour l'étude de chaque affection en particulier, mais elle ne doit pas être absolue. C'est qu'en effet il existe entre les organes génitaux internes de l'homme et de la femme des analogies si frappantes, de si nombreux points de contact, qu'il y a lieu de se demander si leur pathologie n'est pas la même et si le développement de leurs maladies n'est pas régi par les mêmes lois générales.

Telle est l'idée que je tiens à développer dans cette leçon, en établissant devant vous un parallèle entre les affections des organes génitaux internes dans les deux sexes : c'est là une question intéressante et originale qui, je crois, n'a pas encore été traitée.

C'est, du reste, une idée que j'ai eue depuis le commencement de mes études chirurgicales, puisque mes principales recherches ont porté au début de ma carrière sur les maladies du testicule; aussi ne serez-vous pas étonnés de voir paraître, dans quelques mois, un travail complet sur les maladies du testicule, travail que j'ai fait en collaboration avec mon collègue et ami Ch. Monod.

Permettez-moi, avant d'aborder l'étude du parallèle pathologique, de vous rappeler rapidement les analogies qui existent entre les organes génitaux internes de l'homme et de la femme au point de vue anatomique et physiologique. Ce chapitre préliminaire vous permettra de mieux comprendre les rapports que je cherche à établir au point de vue de la pathologie. D'un autre côté, en vous parlant des analogies anatomiques, je vous signalerai certains caractères spéciaux qui entraînent par cela même des différences entre les accidents consécutifs aux maladies de ces organes.

1° *Développement. Migration. Physiologie.* — Je m'occuperai tout d'abord des analogies relatives au développement des organes génitaux internes, sujet fort bien exposé par M. le Pr Duval dans l'article *Ovaire* (du Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques) auquel j'emprunte en grande partie les quelques lignes qui vont suivre.

Vous savez que, à une époque de la vie intra-utérine, époque qu'il est encore difficile de préciser, la glande séminale est, aussi bien chez le futur mâle que chez la future femelle, représentée par une saillie de la face interne du corps de Wolff. Les deux sexes présentent en outre en dehors du corps de Wolff deux canaux distincts : le canal de Wolff et le canal de Müller.

A cette époque la glande sexuelle est donc indifférente ; si elle doit évoluer selon le *type testicule*, on voit partir de la saillie située sur la face interne du corps de Wolff des tubes qui ne sont autres que les futurs tubes séminifères ; ceux-ci se mettent en communication avec les canaux de la partie sexuelle du corps de Wolff, partie qui représente dès lors l'épididyme ; la partie urinaire, au contraire, s'atrophie et ne laisse comme traces que le Corps innominé de Giraldès (paradidyme de Waldeyer). Le Vas aberrans n'est, lui aussi, qu'un débris analogue ; enfin, le canal qui fait suite au corps de Wolff devient le canal déférent.

Quant au canal de Müller, il s'atrophie chez l'homme et n'est plus représenté que par ses deux extrémités, dont la supérieure forme l'Hydatide de Morgagni, pouvant être considérée comme l'homologue du pavillon de la trompe, et l'inférieure constitue, en se réunissant à celle du côté opposé, l'utricule prostatique qui s'ouvre au sommet du verumontanum.

Si, au contraire, la glande sexuelle primitive doit évoluer selon le *type femelle*, on constate, au niveau de la partie interne du corps de Wolff, la formation des végétations en cul-de-sac qui vont former les oviductes et par suite les ovaires. Les canaux de Müller atteignent ici leur complet développement; leur partie supérieure constitue la trompe de Fallope en restant isolée de chaque côté, tandis que leur partie inférieure se soude avec la partie correspondante du côté opposé pour former l'utérus.

Chez la femme, le corps de Wolff s'atrophie donc complètement et non partiellement comme chez l'homme ; on n'en trouve chez l'adulte que quelques débris renfermés dans l'épaisseur du ligament large. Sa portion sexuelle n'est plus représentée que par une série de tubes atrophiés formant le corps de Rosenmüller ; ce corps est donc l'homologue de l'épididyme. Quant à sa portion urinaire, elle s'atrophie aussi en laissant comme reliquat un corps analogue au corps de Rosenmüller, c'est le Parovaire de His, homologue du corps innominé de Giraldès.

Ainsi donc, il existe une analogie complète entre les glandes séminales au point de vue du développement, puisque dans les deux sexes ils se développent aux dépens du même organe, et que pendant un certain temps il n'y a, pour ainsi dire, qu'un seul corps pouvant devenir indifféremment un testicule ou un ovaire. Mais vous voyez, en outre, que certaines parties de l'organe primordial concourent à la fois à la formation des parties sexuelles mâles et femelles, par exemple le canal de Müller qui constitue la trompe et l'utérus chez la femme, et forme chez l'homme, après son atrophie presque totale, l'utricule prostatique et l'hydatide de Mogargni.

Rappelez-vous enfin que du corps de Wolff restent des reliquats qui sont chez l'homme le Vas aberrans de Haller et le corps innominé de Giraldès; chez la femme, le corps de Rosenmüller et le parovaire. Ces organes ayant la même origine, leur analogie permet de comprendre comment certaines affections observées dans l'un et l'autre sexe peuvent avoir un point de départ identique et une origine congénitale.

Mais ce n'est pas tout; une fois formés, le testicule et l'ovaire subissent une migration qui les transporte de la région lombaire, soit dans les bourses, soit dans l'excavation du bassin. Par le fait de cette situation nouvelle, il existe entre les deux organes une différence de la plus haute importance et sur laquelle je dois attirer toute votre attention. En effet, une fois descendu dans les bourses, le testicule se trouve enveloppé par la vaginale; celle-ci, vous le savez est, après la naissance, complètement séparée du péritoine, tandis que l'ovaire et la trompe, restés dans l'excavation du bassin, se trouvent dans l'épaisseur du péritoine lui-même qui les entoure de toute part. Ne soyez donc pas étonnés si les maladies de l'ovaire et de la trompe retentissent d'une façon fâcheuse sur la grande séreuse péritonéale et provoquent quelquefois des désordres graves et étendus, tandis que les maladies du testicule et de l'épididyme qui retentissent également sur la séreuse qui les entoure, ne déterminent pas d'accidents sérieux, étant donnée la moindre importance de la cavité vaginale.

Je ne vous dirai qu'un mot du parallèle physiologique entre les organes génitaux internes : chez la femme comme chez l'homme, ils se composent d'un organe sécréteur, d'un conduit excréteur et d'une cavité de réception. Les organes secréteurs, testicule et ovaire, produisent chacun de leur côté un des deux éléments nécessaires à la fécondation : chez la femme, l'ovaire occupe, au point de vue physiologique, le même rang que le testicule chez l'homme, d'où le nom de *testes muliebris* que lui avaient donné les anciens.

Il serait superflu d'insister sur l'analogie physiologique qui existe entre les trompes et les canaux déférents, tous deux destinés à transporter l'élément essentiel de l'organe producteur dans la cavité de réception.

Celle-ci formée chez la femme par la cavité utérine, est représentée chez l'homme par les vésicules séminales, mais au point de vue du développement par l'utricule prostatique.

Après avoir indiqué rapidement ces notions générales, voyons ce qui se passe lorsque des désordres variés surviennent au niveau de ces différents organes.

En pathologie, pour la facilité de la description, on a l'habitude d'étudier les maladies par groupes distincts; étudions donc séparément chacun de ces groupes en établissant au fur et à mesure le parallèle entre les affections des organes génitaux de l'homme et de la femme.

Ces maladies peuvent être divisées en cinq chapitres différents : 1° Les inflammations de cause locale; 2° les inflammations de cause générale; 3° les tumeurs; 4° les névralgies; 5° les atrophies.

1° *Inflammations de cause locale.*— Les premières sont de beaucoup les plus importantes et celles sur lesquelles j'insisterai particulièrement. Elles reconnaissent deux causes : le traumatisme et l'infection; aussi pouvons-nous admettre deux variétés : *les inflammations traumatiques et les inflammations infectieuses.*

Les inflammations des organes génitaux internes, de cause traumatique, sont loin d'avoir la même fréquence dans les deux sexes. Si l'orchite traumatique est rare, grâce à la disposition même du testicule, qui lui permet de fuir facilement devant le corps vulnérant, on peut dire que l'ovarite traumatique est exceptionnelle ou plutôt qu'elle n'existe pas, sauf peut-être dans le cas de hernie. L'étude anatomique que nous avons faite précédemment nous rend compte de ce phénomène, puisque l'ovaire est profondément caché dans l'excavation pelvienne et par suite à l'abri du traumatisme.

D'ailleurs, le testicule et l'ovaire s'enflamment difficilement sous l'influence du traumatisme, ainsi que j'ai pu m'en assurer par des expériences que j'ai pratiquées sur des animaux, en collaboration avec mon collègue et ami Ch. Monod.

Les inflammations de cause infectieuse et locale sont autrement intéressantes. On admet aujourd'hui, contrairement aux opinions anciennes qui invoquaient la métastase et la sympathie, que l'inflammation des organes génitaux est presque toujours le résultat d'une infection. Celle-ci est due à une inoculation d'un microbe qui, après avoir pris naissance dans les parties les plus voisines de l'extérieur, se propage de proche en proche en suivant les canaux vecteurs du sperme ou des ovules, jusqu'à l'organe sexuel principal.

Ceci demande quelques explications. Prenons pour type l'inoculation la plus fréquente, celle de la blennorrhagie. Que se passe-t-il chez l'homme atteint de blennorrhagie et chez lequel survient une épididymite de même nature? La marche de l'affection est toujours la même; l'inflammation, partie de l'urèthre antérieur, gagne la région prostatique où se trouvent les orifices des conduits éjaculateurs et ce n'est que lorsque l'inflammation est arrivée à cet endroit qu'elle atteint la partie initiale du conduit excréteur ou épididyme, glande séminale, en se propageant jusqu'à celle-ci, par l'intermédiaire du canal déférent. Aussi, avant l'apparition de l'épididymite, existe-t-il déjà de la vésiculite et surtout de la déférentite.

Chez la femme, la marche de l'inflammation est la même; c'est d'abord une vaginite, puis une métrite muqueuse, bientôt suivie de salpingite par propagation, par continuité des muqueuses de l'inflammation de la trompe, et celle-ci occasionnera plus tard des désordres du côté de l'ovaire. Il y a donc une identité des plus remarquables, au point de vue de la marche de l'inflammation blennorrhagique dans les deux sexes, celle-ci débutant toujours par les parties superficielles et n'atteignant les organes profonds qu'après un certain temps.

Un fait curieux et capital dans l'histoire des inflammations des organes génitaux internes, c'est leur localisation; chez l'homme, l'infection blennorrhagique se cantonne le plus souvent dans l'épididyme et il est rare d'y trouver l'orchi-épididymite; il en est de même chez la femme où nous voyons l'inflammation de la muqueuse utérine se propager d'abord à la trompe pour produire la salpingite simple, sans que l'ovaire soit malade; ce n'est que secondairement que cet organe est altéré. Le plus souvent il est intact et ne subit que des troubles dus à la gêne de l'évolution normale des vésicules de Graff (Cornil).

Ce n'est pas tout : l'inflammation épididymaire ou salpingitique retentit sur la séreuse voisine directement en rapport avec l'organe malade : la vaginale chez l'homme : le péritoine pelvien chez la femme; d'où apparition de désordres nouveaux sur lesquels je dois maintenant m'arrêter.

L'existence de la vaginalite accompagnant l'inflammation de la glande séminale est un fait classique; vous savez que tout individu atteint d'épididymite présente un degré plus ou moins accentué d'inflammation ou d'hydrocèle. Dans un travail fait en commun avec M. Schwartz, nous avons montré que les lésions inflammatoires de l'épididyme chez le chien se propagent toujours à la vaginale.

Lorsque la trompe est malade, le péritoine se prend aussi consécutivement; l'on assiste alors à l'éclosion

d'une pelvi-péritonite avec production de fausses membranes, pelvi-péritonite qui, le plus souvent localisée, peut quelquefois prendre une grande extension et revêtir cliniquement l'aspect de la péritonite généralisée.

Chez l'homme, vous ai-je dit, la vaginalite est une affection toute locale à réactions peu marquées, ce qui s'explique par l'isolement et l'indépendance de cette séreuse. Mais, rappelez-vous que, s'il y a persistance du canal vagino-péritonéal ou si l'inflammation attaque le testicule ectopié, — et vous savez que dans ce cas la vaginale communique avec le péritoine, l'inflammation testiculaire peut envahir le péritoine, — l'on voit alors éclater des accidents semblables à ceux de la pelvi-péritonite consécutive à la salpingite. Heureusement que cette persistance de la communication péritonéale est rare.

Il existe encore entre les affections des organes génitaux internes de l'homme et de la femme d'autres analogies plus curieuses : vous savez que Gosselin a beaucoup insisté sur l'oblitération des voies spermatiques consécutives à l'épididymite, complication se traduisant par l'absence de spermatozoïdes dans le liquide séminal et entraînant la stérilité, si la lésion est bilatérale. Ce phénomène d'oblitération du conduit excréteur s'observe également chez la femme à la suite de la salpingite ; les franges du pavillon contractant des adhérences oblitèrent l'orifice abdominal de la trompe, empêchant ainsi le passage des ovules dans l'oviducte. Il existe entre les organes des deux sexes une différence bien nette : tandis que l'épididymite est le plus souvent unilatérale, dans le rapport du 18 sur 30, la salpingite au contraire est presque toujours double, de sorte que la stérilité est plus à redouter chez la femme que chez l'homme. Je suis persuadé que chez elle, en effet, la salpingite est la cause la plus fréquente de stérilité, peut-être la seule vraie cause.

Parmi les accidents tardifs de l'inflammation, je vous signalerai encore l'hématocèle de la tunique vaginale et l'hématocèle péri-utérine, dont l'origine est la même, car elle est due à la rupture des fausses membranes provenant de la vaginalite ou de la pelvi-péritonite antérieures.

Enfin, lorsque l'inflammation est passée à l'état chronique, on observe des phénomènes analogues du côté de l'épididyme et de la trompe. Celle-ci se dilate, s'épaissit, devient irrégulière et flexueuse, sa cavité se remplit de muco-pus, formant ainsi dans son intérieur un abcès fermé ou au contraire dont le contenu peut se vider de temps en temps dans un organe voisin, si l'orifice interne de la trompe n'est pas complétement oblitéré.

Du côté de l'épididyme on observe aussi à une période reculée des parties dilatées et remplies de liquide (Shepelhern).

Je n'ai plus qu'à mettre en parallèle la marche de ces affections dans l'un et l'autre sexe. Au bout d'un certain temps après la disparition des phénomènes douloureux et inflammatoires, l'homme qui a été atteint d'épididymite semble complétement guéri ; mais il n'en est rien. Examinez son sperme et vous y trouverez après quelques mois, après un an même, ainsi que je l'ai démontré dans un mémoire publié dans les *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, du pus venant du canal déférent.

Le même phénomène s'observe chez la femme atteinte de salpingite ; pendant fort longtemps persiste un écoulement purulent venant de la trompe qui sécrète du muco-pus.

Je termine en vous rappelant que la complication sur laquelle j'insiste particulièrement c'est la lésion du péritoine et des organes du bassin ; cette inflammation secondaire rend l'affection aiguë de la trompe particulièrement plus grave que celle de l'épididyme.

A côté de l'inflammation blennorrhagique, variété la plus intéressante, sur laquelle je me suis longuement expliqué, il existe d'autres causes locales d'inflammation des organes génitaux internes de l'homme et de la femme. Chez le premier, je dois vous signaler tout d'abord le cathétérisme, le passage de calculs dans l'urèthre ; en un mot toutes les causes capables d'enflammer directement la muqueuse uréthrale au niveau de sa jonction avec celle qui tapisse le canal déférent. Ces inflammations sont pour la plupart d'origine microbienne.

Chez la femme ce sont aussi toutes les causes qui enflamment la muqueuse utérine, les explorations pratiquées avec un instrument malpropre ou irritant.

Il y a quelques années à peine, il n'était pas rare de voir la plus simple exploration intra-utérine être suivie d'accidents que l'on désignait simplement sous le nom de pelvi-péritonite, et qui n'étaient que la conséquence de l'inflammation tubaire, c'est-à-dire de la salpingite, provoquée par une lésion de la muqueuse utérine.

Chez la femme nous trouvons une cause spéciale et des plus fréquentes d'inflammation tubo-ovarienne, je veux parler des accouchements et surtout des fausses couches alors que des caillots et des débris du placenta retenus dans la cavité utérine subissent des altérations. On se trouve ici en présence d'une infection microbienne locale, laquelle de l'utérus se propage à la trompe.

Vous voyez donc que ce qui domine aujourd'hui dans l'histoire des inflammations des organes génitaux internes de cause locale, qu'il s'agisse de l'homme ou de la femme, c'est que ces inflammations sont toujours secondaires à l'inflammation des parties superficielles ou voisines de l'extérieur, et que celle-ci se propage aux parties profondes (épididyme et testicule, trompe et ovaire), grâce à la continuité des muqueuses qui tapissent les différentes portions de ces organes.

2° *Inflammations de cause générale.* — Ici encore nous trouverons des analogies entre les organes génitaux internes des deux sexes ; je dois cependant vous dire que cette classe d'inflammation est bien moins définie que la précédente.

Vous connaissez les diverses variétés d'orchite de cause générale : les orchites ourliennes, les orchites des fièvres éruptives, l'orchite tuberculeuse et syphilitique ; on a même décrit une orchite paludéenne. Y a-t-il, chez la femme, des ovarites reconnaissant les mêmes causes ? Si elles existent présentent-elles des caractères qui permettent de les rapprocher des orchites de même nature ? Tels sont les points que je vais développer dans ce chapitre.

L'inflammation de la glande séminale de l'homme au cours des oreillons est chose bien connue ; mais ce qu'il faut que vous sachiez, c'est que l'inflammation dans ces cas porte sur la glande elle-même et ne se localise pas dans l'épididyme. L'orchite ourlienne est une véritable orchite ou quelquefois une orchi-épididymite, et non une épididymite pure et simple comme celle de la blennorrhagie.

Cette différence de siège se comprend aisément si l'on se rappelle que dans la blennorrhagie l'inflammation gagnant de proche en proche, envahit d'abord l'épididyme, tandis qu'il n'y a pas de raison pour que *les oreillons*, maladie générale, attaquent en premier lieu

cet organe. Du reste, l'atrophie testiculaire qui est souvent consécutive à l'orchite ourlienne prouve bien que cette maladie atteint surtout la glande elle-même et non son canal excréteur.

L'ovarite ourlienne est, il est vrai, moins fréquente que l'orchite, mais elle existe, ou du moins il se produit au cours des oreillons une fluxion ovarienne comparable à la fluxion parotidienne et qui doit être rapprochée de l'orchite; Bouteillier et Meynet en ont rapporté des observations.

Le caractère de ces ovarites, c'est d'être fugaces et moins sérieuses que l'orchite ourlienne. Mais nous n'avons pas de données précises sur ces lésions qui échappent le plus souvent à l'examen à cause de leur siège, et dont les autopsies sont exceptionnelles.

Les orchites des fièvres graves (variole, scarlatine, etc...), sont représentées chez la femme par des ovarites de même nature. Pour les ovarites varioleuses il n'y a plus de discussion, car elles ont été décrites par Béraud, en 1859, en même temps que l'orchite varioleuse.

L'influence de la scarlatine existe pour le testicule, mais sur les ovaires elle est peu connue; cependant Lawson Tait affirme que en remontant dans le passé de certaines femmes stériles ou ayant des troubles de la menstruation, on trouve très souvent le souvenir d'une scarlatine grave ayant déterminé des désordres sérieux du côté des ovaires, au moment de la puberté.

Enfin, le docteur Lizé rapporte une observation d'ovarite développée chez une femme de 39 ans, à la suite d'une rougeole grave et adynamique.

Je vous signalerai, en terminant, ce qui a trait aux ovarites consécutives aux fièvres graves : le cas du docteur James qui a vu une ovarite se produire en relation avec une angine simple ; les observations de Copland et Gallard relatives à des ovarites rhumatismales.

Mais je vous le répète, si ces lésions sont faciles à étudier chez l'homme, il n'en est pas de même chez la femme, à cause de la situation profonde des ovaires. Nos connaissances, sur ce sujet, sont donc encore bien incomplètes et doivent, pour être plus importantes, attendre de nouveaux travaux.

L'analogie des affections des organes génitaux internes de l'homme et de la femme se trouve encore nettement établie par l'étude des lésions tuberculeuses de ces organes. Chez l'homme, vous le savez, la prostate, les vésicules séminales et l'épididyme constituent les sièges de prédilection des affections tuberculeuses Or, il résulte des statistiques de M. Brouardel, dans sa thèse d'agrégation que, chez la femme, ce sont les trompes et l'utérus qui sont le plus souvent atteints. Quant à la nature des lésions elle est la même dans les deux sexes, et l'on constate dans la trompe aussi bien que dans l'épididyme des granulations, des nodules, des masses caséeuses avec leurs bacilles caractéristiques. Plus tard apparaissent des suppurations locales, qui constituent chez l'homme des abcès tuberculeux de l'épididyme et de la prostate, et chez la femme une variété de salpingite, la salpingite tuberculeuse suppurée.

La syphilis attaque souvent le testicule, mais la question d'analogie est loin d'être nettement établie car, par sa position même, l'ovaire échappe à l'examen direct et que les autopsies ont peu attiré l'attention des médecins sur ce point. Aussi cette localisation de la syphilis demande à être étudiée avec soin, car il est probable qu'on doit trouver du côté de l'ovaire des lésions semblables à celles qu'on a décrites dans le testicule. D'ailleurs, les documents ne font pas absolument défaut : M. Richet en aurait observé plusieurs cas, et M. Lancereaux, dans son traité de la syphilis, décrit les altérations syphilitiques des ovaires. On a même admis deux formes anatomo-pathologiques de l'ovarite syphilitique ; la forme circonscrite, sorte de cirrhose spécifique, et la forme diffuse, caractérisée par la présence de gommes disséminées.

3° L'analogie entre les affections des organes génitaux internes se poursuit même dans les productions néoplasiques dont ces organes peuvent devenir le siège. Toutes les variétés de tumeurs peuvent se rencontrer dans le testicule et l'ovaire : *sarcomes*, *cancers*, *épithéliomes*, *kystes*. On trouve même dans ces organes des tumeurs rares, des tératomes et kystes dermoïdes, d'origine congénitale, qui sont cependant plus fréquents dans l'ovaire que dans le testicule.

Parmi ces tumeurs, les plus intéressantes au point de vue du rapprochement que nous cherchons à établir, ce sont les productions kystiques. Ces kystes, qui constituent dans le testicule l'affection désignée sous le nom de *maladie kystique*, présentent les plus grandes analogies avec certains kystes de l'ovaire connus actuellement sous le nom d'*épithéliomas mucoïdes*. D'ailleurs, M. Malassez, se basant sur la structure microscopique et le mode de développement de l'affection kystique du testicule, propose de la désigner aussi sous le nom d'épithélioma mucoïde. De sorte qu'il y aurait dans le testicule et dans l'ovaire une même maladie ayant la même origine et portant la même dénomination.

Non seulement ces organes sont le siège d'une variété spéciale de kystes, mais en outre, on peut dire que leurs tumeurs ont une grande tendance à contenir des kystes, et il n'est pas rare d'y observer le sarcome kystique.

Il existe enfin une variété de tumeurs kystiques qu'on observe dans les deux sexes et qui sont intéressantes à rapprocher à cause de leur origine congénitale identique. Je veux parler de ces kystes formés aux dépens des débris du corps de Wolff et du canal de Müller, qui occupent la région du cordon ou de l'épididyme chez l'homme; ils sont à peu près semblables à ceux développés chez la femme dans l'épaisseur du ligament large, aux dépens de l'organe de Rosenmüller. Ceux-ci constituent les kystes para ovariens.

Je n'ai plus, pour en finir avec ce parallèle pathologique, qu'à vous parler des névralgies et des atrophies de l'ovaire et du testicule.

4° *Névralgies.*— Les auteurs ont toujours été frappés de l'analogie qui existe entre les névralgies de l'ovaire et du testicule. Churchill, rapprochant la névralgie de l'ovaire ou *ovaralgie* de celle que l'on décrit au niveau du testicule sous le nom de *testicule irritable*, la désigne sous le nom d'*irritation ovarienne*.—J'ai lu, l'année dernière, une communication devant la Société de chirurgie, au sujet de jeunes adolescents observés par le Pr Charcot et atteints de névralgie testiculaire, chez lesquels le moindre attouchement déterminait des douleurs atroces. Or, ces malades présentaient, au même titre que les jeunes femmes ayant des névralgies ovariennes, les attributs de l'hystérie. Ceci vous démontre que, même au point de vue de la pathogénie des névralgies des organes génitaux internes, il y a lieu d'établir un rapprochement entre le testicule et l'ovaire.

5° *Atrophies.* — Quant aux atrophies du testicule et de l'ovaire elles sont de deux sortes : elles sont d'ordre

physiologique, ou bien elles sont consécutives à une affection de l'organe lui-même ou des parties voisines.

L'atrophie physiologique s'observe aussi bien chez la femme que chez l'homme; en effet, le testicule et l'ovaire sont des organes à fonctions passagères dont la destinée est de diminuer de volume et de se modifier après la cessation de la période génitale active. Cette atrophie physiologique est plus rapide chez la femme, où elle commence vers la cinquantième année. Nous savons, depuis les recherches de Duplay, qu'on rencontre quelquefois des altérations très notables des spermatozoïdes à un âge avancé chez l'homme, en même temps que l'histologie révèle des altérations séniles qui conduisent à une atrophie spéciale.

Je vous signale, en passant, un travail très intéressant sur l'atrophie physiologique du testicule, la thèse (1885) du Dr Arthaud. Il renferme des détails microscopiques très complets sur le testicule sénile et sur sa pathogénie.

Les atrophies secondaires ou symptomatiques, vous ai-je dit, sont produites par des lésions de l'organe lui-même, oreillons, syphilis, etc... Mais nous connaissons aussi des altérations de même nature produites par les lésions de la séreuse qui entourent ces organes. Gosselin insistait beaucoup sur l'atrophie et l'anémie testiculaires consécutives à l'hydrocèle et à l'hématocèle; depuis que cette notion est bien connue, l'influence de l'altération des séreuses sur les organes sous-jacents a été l'objet de plusieurs travaux.

Chez la femme, l'ovaire est souvent atrophié par le même mécanisme; la pelvi-péritonite provoque le développement de fausses membranes qui étouffent, pour ainsi dire, la glande sexuelle, gênent le développement des vésicules de Graff et entretiennent un état d'inflammation chronique qui conduit à la sclérose et à l'atrophie.

En résumé, et sans insister davantage sur un sujet aussi complexe et qui demanderait des développements beaucoup plus longs et plus précis, vous voyez qu'il existe entre les organes génitaux internes de l'homme et de la femme des analogies pathologiques indiscutables.

Aussi le chirurgien ne doit-il pas séparer d'une façon absolue l'étude des maladies du testicule de celles de l'ovaire, car la pathologie de l'un des organes éclaire celle de l'autre à cause de leurs nombreuses ressemblances.

PATHOLOGIE NERVEUSE

Maladie de Friedreich. — Pseudo-tabes. — Discussion.

(*Troubles de la marche chez un homme atteint de nystagmus, de bégayement et de déviation vertébrale*);

Par le Dr P. DALCHÉ.

Le nommé M..., Louis, âgé de 50 ans, homme d'équipe dans une compagnie de chemin de fer, vient me trouver, *le 27 septembre* 1887, pour des douleurs fulgurantes, en éclair, qui s'étendent le long de la partie antérieure de la cuisse gauche, du grand trochanter à la rotule. En outre, je suis immédiatement frappé par deux phénomènes qu'il présente : sa marche caractéristique et un nystagmus parfaitement marqué.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 67 ans, d'une maladie qui ne peut m'être désignée. Mère morte jeune, suite de couches. Deux frères actuellement vivants ne se plaignent d'aucun symptôme de maladie nerveuse. Une sœur morte à 15 ans de fièvre typhoïde. Lui-même a un enfant en bonne santé.

Antécédents personnels. — Il n'a jamais fait de maladie grave, et n'est pas syphilitique. Il nie toute habitude de buveur; cependant, à l'âge de 18 ans, il rêvait de chutes dans des précipices; il crache blanc tous les matins.

Dès sa plus jeune enfance il avait déjà du nystagmus, qui même, *dit-il*, était beaucoup plus accentué que maintenant. Aujourd'hui ce nystagmus est bilatéral et transversal. Lorsque M... suit du regard un doigt promené horizontalement, ses yeux sont brusquement ramenés en sens inverse par 4, 5 oscillations consécutives; ces oscillations transversales se produisent encore lorsqu'il fixe un objet. De plus, aussi étant enfant, il bégayait; ce bégaiement, *dit-il*, a diminué petit à petit; aujourd'hui il revient légèrement par instants, comme je m'en suis assuré, et l'articulation des mots est toujours un peu embrouillée, mais non scandée. La parole provoque une sorte de spasme, une contraction rapide de plusieurs muscles de la face, et chaque fois qu'il tire la langue on voit le peaucier du cou se dessiner vivement.

Il y a 3 ou 4 ans, le malade s'est aperçu que sa marche devenait vicieuse; il steppe de la façon la plus nette, lance son pied en avant et en dehors, et le pose brusquement à plat sur le sol. Les muscles fléchisseurs de la cuisse sur le bassin, extenseurs de la jambe sur la cuisse sont forts et normaux. Mais la jambe paraît un peu amaigrie et les muscles de sa partie antérieure et externe (extenseurs, péroniers, etc.), sont parésiés; le malade ne peut mettre le pied en flexion dorsale sur la jambe. Toutefois il n'a jamais été obligé de suspendre son travail. On ne peut dire qu'il ait de l'incoordination des membres inférieurs, car il croise et décroise ses jambes avec facilité, atteint sans hésitation avec son pied la main de l'observateur, etc.

Ses membres supérieurs sont indemnes : il porte très bien un verre à la bouche les yeux ouverts ou fermés. En outre il ne présente pas le phénomène auquel Friedreich a donné le nom d'ataxie statique. Le signe de Romberg n'existe pas; il ferme les yeux sans vaciller, marche, tourne sur lui-même, etc.

Depuis un mois seulement il ressent des douleurs à la partie antérieure de la cuisse gauche, elles sont très vives, passent comme des éclairs, et le forcent à s'arrêter. Du reste, quelques bains sulfureux les ont momentanément calmées.

Jamais il n'a souffert en un autre point du corps, si ce n'est peut-être en 1879, dans la plante des pieds. Pas de douleurs en ceinture, pas de crises viscérales; aucun trouble ni du côté du rectum, ni du côté de la vessie, etc.

Lorsqu'on procède à un examen plus minutieux, on ne trouve pas de zone d'anesthésie ou d'hyperesthésie; il n'a pas de retard de la sensibilité, perçoit parfaitement le froid ou la chaleur, sent très bien le sol sur lequel il marche et a conservé le sens musculaire. Les réflexes patellaires sont conservés.

A part le nystagmus, les yeux n'offrent rien d'anormal : la perception des couleurs est complète, les pupilles réagissent très nettement à la lumière.

Aucun trouble trophique n'est survenu sur ses téguments, ni au niveau des articulations. Mais on constate une déviation de la colonne vertébrale, une cyphose, le sommet de la courbure se trouvant un peu au-dessous du milieu des vertèbres dorsales. Le malade ne sait pas renseigner sur le début de cette cyphose ; il a été soldat et on ne l'aurait certainement pas accepté pour le service militaire avec une telle déformation. Sa femme dit qu'elle s'est aperçue de cette déviation vertébrale il y a environ 3 ans, et que, à cet époque, M... se plaignait déjà des troubles de la marche.

Cet homme présente donc à l'heure actuelle du nystagmus, du bégayement, une déviation de la colonne vertébrale, en même temps que des troubles de la marche; si bien que, devant ce tableau presque complet, on ne peut s'empêcher de songer tout d'abord à une maladie de Friedreich. Toutefois, les symptômes offrent des singularités auxquelles nous ne sommes pas habitués dans cette maladie, et ils ont évolué d'une façon assez particulière pour que le diagnostic ne puisse être admis sans discussion.

La marche n'a pas l'incoordination de l'ataxie elle se fait en steppant, comme il arrive lorsqu'il y a parésie des

*

extenseurs du pied, ce qui est notre cas ; elle rappelle plutôt le pseudo-tabes. Notre malade, malgré ses affirmations sur ses habitudes de sobriété, a eu quelques cauchemars dans sa jeunesse, et a peut-être encore de la pituite matinale ; on pourrait invoquer l'alcoolisme.

Contre l'hypothèse d'un pseudo-tabes alcoolique s'élèvent, d'autre part, l'absence de zones d'anesthésie ou d'hyperesthésie, l'absence du signe de Romberg et surtout la conservation des réflexes patellaires. Dans la maladie de Friedreich, des parésies ont été signalées (je ne parle pas de celles qui surviennent à la période ultime) et Feré, après avoir cité les observations de Hammond, écrit : « Dans certains cas, au moins, le trouble semble résulter « autant d'une véritable paralysie que d'une incoordina- « tion motrice. » Raymond, il est vrai, n'admet pas le diagnostic des cas de Hammond comme indiscutable.

Pour un pseudo-tabes cette coïncidence avec du nystagmus et du bégayement est au moins étrange ; mais ces deux derniers phénomènes eux-mêmes ont évolué d'une façon peu ordinaire. Ils existaient, dès l'enfance, 46 ans environ avant le début des accidents locomoteurs, le malade prétendrait même qu'ils étaient plus marqués qu'aujourd hui (??). Il faut donc nier tout rapport entre eux et les troubles de la marche, ou admettre que la maladie localisée pendant des années dans les régions supérieures de la moëlle s'est manifestée en d'autres points bien longtemps après. C'est, en effet, au bout de 46 ans seulement qu'elle a constitué tout son complexus symptomatique, et c'est vraiment tard pour une maladie de Friedreich. D'autre part, autant que j'ai pu m'en assurer, elle ne mérite ni le nom d'héréditaire, ni celui de familiale (comme le veut Féré) rien dans les antécédents ou dans les branches collatérales ne permettant de soupçonner une affection analogue.

En revanche, l'absence du signe de Romberg, l'absence de crises viscérales, la conservation parfaite de la sensibilité, la déviation de la colonne vertébrale, plaident en faveur d'une maladie de Friedreich ; et, si les réflexes patellaires persistent, ce fait a déjà été signalé.

Je n'ai pas parlé d'un diagnostic avec la sclérose en plaques, que l'on n'est réellement pas autorisé à porter. Tel était également l'avis de mon ami et maître M. le docteur Brissaud, qui a bien voulu examiner avec moi le malade.

On le voit, l'interprétation de tous les symptômes offerts par cet homme est difficile, aussi me suis-je efforcé de donner son observation aussi complète que possible.

BULLETIN DU *PROGRÈS MÉDICAL*

Des nouveaux réactifs du suc gastrique ; leur emploi pour le diagnostic des affections de l'estomac et de l'atonie stomacale hyperchlorhydrique.

Depuis le commencement de cette année, plusieurs communications ont été faites à l'Académie de médecine par le Pr G. Sée sur l'étude du suc gastrique au moyen de divers réactifs, et sur l'utilité de ces recherches pour le diagnostic des affections de l'estomac. Ces communications ont donné lieu à des discussions nombreuses sur ce sujet. La recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique a permis enfin de reconnaître que, dans certaines dilatations de l'organe, on trouvait une augmentation d'acide chlorhydrique, d'où la dénomination d'*atonie hyperchlorhydrique*. Ces diverses communications de M. le Pr G. Sée et de MM. Mathieu et Raymond Durand-Fardel (1) ne sont que l'écho et l'analyse des travaux et des théories émises à l'étranger depuis plusieurs années par Ewald, Boas, Riegel, Jaworski, Pluzinski et Van der Velden.

Nous étudierons dans une série de chapitres : 1° *Les réactifs nouveaux du suc gastrique.* — 2° *Les modes d'examen du suc gastrique par ces réactifs, et les circonstances où ces essais peuvent être faits.* — 3° *L'anachlorhydrie.* — 4° *L'hyperchlorhydrie.* Mais aujourd'hui, nous n'envisagerons que les deux premiers.

I. — *Réactifs du suc gastrique.* Lorsqu'on examine ce liquide, il est surtout intéressant de connaître sa richesse en acide chlorhydrique, en pepsine, en acide lactique, en peptones (lorsqu'on prend le suc gastrique chez un individu ayant mangé peu de temps auparavant), en albuminates et en mucus. La recherche de ces substances se fait à l'aide d'un ou de plusieurs réactifs, spéciaux pour chacune d'elles.

1° Les principaux réactifs de l'*acide chlorhydrique* sont la *Tropéoline*, la *Phloroglucine-Vanilline*, le *Vert brillant*, ce dernier pouvant servir pour l'évaluation quantitative de l'acide chlorhydrique. Disons d'abord que ces recherches peuvent être faites sur le suc gastrique pur, extrait par le pompage de l'estomac (Boas), ou sur le liquide retiré de l'estomac au moyen de l'appareil Potain à la suite d'un repas d'épreuve fait dans des conditions que nous exposerons plus loin.

a) La *Tropéoline* ou Orangé Poirier n° 4 a été utilisée par Van der Velden. Sa solution est jaune et se transforme en une couleur brun rouge par des traces d'acide chlorhydrique.

b) La *Phloroglucine-Vanilline* est un mélange de deux parties de Phloroglucine et d'une partie de Vanilline, dissoutes dans 30 d'alcool absolu. Cette solution a une teinte rouge jaune. Les premières recherches de la présence de l'acide chlorhydrique, au moyen de cette solution, ont été effectuées par Gunzbourg. Wiesner avait déjà remarqué qu'un morceau de bois de pin trempé dans de la phloroglucine devient rouge foncé, lorsqu'on l'humecte avec de l'acide chlorhydrique. Des traces de cet acide ou plutôt d'un acide minéral colorent la solution en rouge vif, tandis que les acides organiques, et en particulier l'acide lactique, de même que les chlorures n'en modifient pas la teinte. Pour examiner le suc gastrique, on filtre le liquide retiré de l'estomac ; on en met quelques gouttes dans une capsule chauffée au bain-marie, puis, en versant un peu de la solution de phloroglucine, on obtient un liquide rouge vif s'il y a de l'acide chlorhydrique dans le suc retiré. Ce liquide laisse par évoparation des cristaux rouges.

c) Le *Vert-brillant* est surtout utile pour faire la recherche quantitative de l'acide chlorhydrique. C'est le réactif qui a été conseillé et utilisé par M. le Pr Lépine (de Lyon). C'est une couleur tirée aussi de l'aniline, qui avec l'eau donne une solution d'un beau bleu verdâtre. La teinte due à l'action de l'acide chlorhydrique sur cette solution varie suivant son degré de concentration. Ainsi, une solution de cet acide au titre de 1 0/0 produit une teinte verte ; une solution contenant 1,5 à 2 0/0 d'acide donne une teinte jaunâtre ; enfin à 4 0/0 et plus, on obtient une teinte feuille-morte. Cette

(1) Séances de l'*Académie de médecine* des 17 janvier et 1er mai 1888.

gamme de couleurs est suffisante pour obtenir un dosage suffisant de l'acide chlorhydrique contenu dans le suc gastrique. Le liquide colorimétrique s'affaiblit toutefois, et il est bon de l'essayer avant avec une solution titrée de l'acide en question. Ce réactif varie très peu par la présence de l'acide lactique.

2° Etudions maintenant les réactifs de l'*Acide lactique*. Il est, en effet, parfois nécessaire de rechercher cet acide, qui, pour M. Laborde, est le véritable acide de l'estomac (*acide sarco-lactique*). Pour M. le Pr G. Sée, cette sécrétion de l'acide lactique s'effectue dans le premier quart d'heure ou la première demi-heure de la digestion, tandis qu'après on ne trouve plus que de l'acide chlorhydrique. On peut rechercher l'acide lactique au moyen du *Méthyl violet* ou du *Sulfo-cyanure ferreux*.

a) Le *Méthyl-violet*, en solution dans l'eau, prend une teinte bleue pâle ou foncée en présence de cet acide. Il est employé par M. Laborde.

b) Le *Sulfo-cyanure ferreux* dénote la présence de l'acide sarco-lactique qui le décolore.

3° La recherche des *acides gras* se fait à l'aide du *réactif d'Uffelmann*, qui se compose de quelques gouttes de perchlorure de fer versées dans une solution d'acide phénique à 1 ou 2 0/0. Le liquide résultant est violet pâle et devient jaune en présence de l'acide butyrique, se décolorant par l'acide chlorhydrique.

4° La recherche des *Peptones* se fait par la réaction du *Biuret*. Cette réaction consiste à alcaliniser le liquide à examiner avec quelques gouttes de solution de soude ou de potasse, et à y verser quelques gouttes d'un sel de cuivre. Suivant la quantité de peptones qui sont contenues dans le suc gastrique, on obtient une coloration lilas, violette ou rosée.

5° Disons enfin, pour être complet, qu'on peut rechercher la *pepsine* au moyen de digestions artificielles faites dans une étuve à 40° ; puis la *syntonine*, qui donne un précipité opalescent en présence des alcalins ; enfin la *propeptone*, donnant aussi un précipité par l'action de l'acide acétique et du ferro-cyanure de potassium.

II. — *Modes d'examen du suc gastrique ; leur utilité pour le diagnostic des affections stomacales.* — Depuis plusieurs années, on a recherché la teneur du suc gastrique en acide chlorhydrique et l'on s'est aperçu que, dans certaines affections, comme le cancer, cet acide diminuait considérablement ou même disparaissait à l'état libre, étant combiné avec les albuminates et les peptones. Dans d'autres occasions, au contraire, l'acide augmentait. Il est donc utile, lorsque le diagnostic est difficile, de pouvoir examiner le suc gastrique à ce point de vue.

Cet examen se fait, soit en prenant le suc gastrique pur ou mélangé à une petite quantité d'eau, soit à la suite d'un *repas d'épreuve* dans le contenu stomacal. C'est ainsi que Leube injecte de l'eau glacée avant le repas pour exciter la sécrétion, et retire ensuite le liquide stomacal. Jaworski et Gluzinski font ingérer de l'eau à 18°, puis retirent le contenu de l'estomac un quart d'heure après. Ewald et Boas aspirent le suc pur. La méthode par le repas d'épreuve se fait de différentes façons. Voici en quoi consiste ce *repas d'épreuve*. Ewald et Boas font absorber au malade à jeun 35 à 70 grammes de pain et 200 à 3,000 centimètres cubes d'eau, puis, une heure après, retirent le liquide stomacal. A ce moment, comme nous l'avons dit plus haut, il n'y a plus que de l'acide chlorhydrique dans l'estomac (tout l'acide lactique, formé au début, ayant disparu). Jaworski et Gluzinski font absorber un œuf, qui normalement doit disparaître de l'estomac en une heure un quart et ils puisent le liquide de quart d'heure en quart d'heure, afin d'examiner la teneur en acide et la peptonisation. M. le Pr G. Sée, au début, donnait au malade un œuf et un peu d'eau, puis extrayait le liquide trois quarts d'heure ou une heure après. Actuellement, il fait faire un repas ordinaire et examine le contenu stomacal plusieurs heures après l'ingestion.

Une fois le liquide extrait de l'estomac, on le filtre et on le soumet aux diverses expériences que nous avons relatées précédemment. C'est surtout sur la recherche de l'acide chlorhydrique qu'ont été basés les éléments de diagnostic des affections de l'estomac par tous les auteurs que nous avons cités. On peut se trouver ainsi en présence de trois faits, chez des individus ayant des troubles du côté de l'estomac : ou bien il y a diminution ou absence de l'acide chlorhydrique (*anachlorhydrie*) ou bien la quantité de cet acide est normale, ou bien cette quantité est exagérée (*hyperchlorhydrie*). Un mot d'abord, avant de terminer, sur les *troubles digestifs avec suc gastrique normal* ; dans un numéro suivant, nous étudierons les deux autres éventualités.

On trouve des individus ayant des douleurs stomacales, de la plénitude après le repas, des renvois, un appétit variable, sans vomissements ni régurgitation et possédant un suc gastrique dans lequel on trouve de 0,15 à 0,2 0/0 d'acide chlorhydrique. Ces malades ont ou bien des dyspepsies fausses nerveuses, parfois avec atonie, ou bien des troubles intestinaux (atonie intestinale, dilatation du côlon) qui en imposent pour une affection stomacale. Leurs troubles digestifs apparaissent 3 ou 4 heures après le repas et s'accompagnent de signes de parésie intestinale. Enfin d'autres individus, avec un suc gastrique normal, ont simplement du ralentissement dans la digestion stomacale, avec bon fonctionnement de l'intestin ; ils ont de la *Bradypepsie*.

A. Raoult.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 juin 1888. — Présidence de M. Janssen.

MM. Cornil et Toupet décrivent une *nouvelle maladie bactérienne du canard* (*choléra des canards*). Cette maladie se caractérise par de la diarrhée, de l'affaiblissement progressif et des tremblements musculaires : la mort survient en deux ou trois jours. Le sang du cœur, du foie et de la rate ainsi que la sécrétion intestinale renferment des bactéries en bâtonnets courts très voisines, par leur forme et leur dimension, de celles du choléra des poules et de la septicémie des lapins. Ces microbes peuvent être cultivés ; le caractère des cultures ne permet pas de les distinguer sûrement de ceux du choléra des poules. En faisant manger à des canards domestiques du bouillon de ces cultures, ou en leur inoculant dans la peau quelques gouttes de li-

quide cultural, on reproduit facilement la maladie, et on provoque la mort en un ou trois jours. Les espèces sauvages et exotiques résistent mieux à l'inoculation. Ce virus du choléra des canards n'est d'ailleurs mortel que pour les canards : il est inoffensif pour les poules et les pigeons et il ne tue les lapins qu'à très haute dose.

M. Arloing continue ses recherches sur la *matière phlogogène sécrétée par les microbes de la péripneumonie.* Si l'on précipite par l'alcool la sérosité qui infiltre la tumeur sous-cutanée des animaux malades, on obtient un précipité caillebotté qu'on peut redissoudre dans l'eau et dans la glycérine. Ce précipité contient la matière phlogogène ; les caractères chimiques que lui a reconnus M. Arloing permettent de rapprocher cette substance des diastases.

M. M. Letulle signale l'*origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac et du duodénum.* Des observations personnelles, celles de M. Brouardel et de M. Aigre, lui ont montré que de tels ulcères apparaissent quelquefois au cours d'une maladie infectieuse en voie de guérison (dysenterie, septicémie, variole, farcin, etc.). Le mécanisme de ces lésions ulcératives paraît être double. Tantôt, (ce sont les cas les plus rares), l'ingestion de germes pathogènes permet leur culture à la surface de la muqueuse gastro-duodénale ; tantôt les éléments morbigènes, véhiculés aux hasards des courants sanguins ou lymphatiques, viennent se greffer dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux. Là, les parasites trouvant un terrain favorable à leur développement, entravent l'apport des sucs nutritifs et exposent la muqueuse correspondante à l'action corrosive des liquides qui la baignent.

M. d'Arsonval étudie les *relations existant entre l'électricité animale et la tension superficielle.* La loi des Lippmann, d'après laquelle « lorsqu'on déforme la surface de séparation de deux liquides par des moyens mécaniques, il se produit une variation de potentiel dont le sens s'oppose à la continuation du mouvement, » est vraie pour les tissus organiques. Les modifications dans les surfaces de contact, qu'elles se traduisent par des déformations extérieures ou simplement intérieures, font changer l'état électrique des organes. C'est par cette explication toute physique que M. d'Arsonval rend compte des oscillations négatives du muscle, de la décharge électrique de la torpille, etc.

M. G. Carlet s'occupe du *venin des Hyménoptères à aiguillon lisse.* Il a montré autrefois que le venin des Hyménoptères à aiguillon barbelé (Abeille, Guêpe, etc.) résulte du mélange de deux liquides, l'un acide, l'autre alcalin, sécrétés chacun dans une glande spéciale et que ce venin ne produit les accidents ordinaires qu'à la condition de contenir ces deux liquides constituants. Or, chez les Hyménoptères à aiguillon lisse (Pompilus, Philanthus) la glande alcaline n'existe pas ou est rudimentaire : aussi ce venin incomplet, au lieu de déterminer la mort des insectes piqués, ne produit-il que de l'anesthésie. — M. Carlet étudie, en outre, la chambre à venin des Mellifères : l'appareil entier est comparable à une seringue aspirante et foulante toujours amorcée d'un venin sans cesse renouvelé.

M. L. Ollivier a fait des *expériences sur les organismes de la glairine et de la barégine.* Ces organismes consomment le soufre intracellulaire sans l'oxyder. Peut-être le soufre est-il susceptible de remplacer l'oxygène dans la transformation des albuminoïdes en amides et, d'une façon générale, dans la combustion de la matière vivante ? Paul Loye.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 23 juin 1888. — Présidence de M. Brown-Séquard.

M. d'Arsonval, revenant sur la surdité consécutive à l'impression de la lumière électrique sur la rétine dit qu'il est nécessaire, pour que le phénomène se produise, que l'arc électrique soit très puissant et que les charbons aient environ 13 millimètres de diamètre. Les rayons violets impressionneraient tout particulièrement la rétine.

M. Luys a fait des expériences sur les sujets hypnotisés, desquelles il résulte que l'on peut transmettre d'un sujet à l'autre, non seulement des émotions variées, mais encore les effets des divers médicaments employés à distance. Le sujet hypnotique serait un transmetteur extrêmement sensible.

M. Galippe rappelle que M. Mégnin a étudié les diverses espèces constituant la faune des tombeaux ; à ces espèces, élevées dans l'échelle animale, il est nécessaire d'en ajouter quelques autres, qui, pour être d'ordre inférieur, ne paraissent pas moins jouer un rôle important dans la désintégration des diverses parties du cadavre. C'est ainsi qu'ayant eu à examiner des dents provenant d'un ossuaire des îles Marquises, l'auteur a été tout surpris de les trouver sillonnées de canaux, dans lesquels un examen attentif lui a permis de reconnaître la présence d'amas de micro-organismes. Il a retrouvé ces microbes dans certaines productions pathologiques provenant de défenses d'éléphants ayant longtemps séjourné dans la terre.

M. Chauveau remet une note de M. Linossier (de Lyon), sur *l'influence de l'oxyde de carbone sur la germination.* C'est l'acide carbonique mélangé à l'oxyde de carbone impur, qui empêche la germination et non l'oxyde de carbone lui-même.

M. G. Pouchet expose le résultat de ses recherches sur *le développement des Noctiluques.*

M. Retterer décrit les organes génitaux d'un chien hypospade.

M. Périer dépose une note de son frère sur le *lieu de formation des globules sanguins chez les Mollusques Gastéropodes.*

M. Roger présente une note de M. Maximowitch sur les effets déterminés par l'*injection de chloral dans le bout périphérique de la carotide.* Gilles de la Tourette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. le Secrétaire perpétuel lit une lettre de M. Cazalis, président de la Société d'agriculture de l'Hérault. Cette lettre, motivée par le rapport de M. Hardy sur *le plâtrage des vins*, émet l'avis que le plâtrage à 4 grammes de sulfate de potasse par litre soit autorisé par la loi, et annonce que M. le Dr Cot adressera prochainement à l'Académie un rapport relatif au travail de M. Marty.

Election de deux membres correspondants nationaux. Première élection. Votants : 66. Majorité, 34. Au premier tour de scrutin, M. Barnsby (de Tours) est élu par 41 voix, contre M. Charpentier (de Nancy) 14 ; M. Soubeyran (de Montpellier) 7 ; M. Fleury (d'Alger) 2 ; bulletins blancs, 2. *Deuxième élection* : votants, 59, majorité : 30. Au premier tour de scrutin, M. Charpentier est élu par 37 voix, contre M. Soubeyran, 17 : M. Fleury, 2 ; M. Balland (d'Amiens), 1 ; bulletins blancs, 2.

M. Leloir fait une communication sur *la pelade.* Il a observé 142 cas de pelade, à l'occasion desquels il a pu, 92 fois, établir une enquête suffisamment précise et prolongée, pour que l'observation présente une valeur réelle et scientifique. Il trouve ainsi : 36 cas de pelade d'origine nerveuse, qu'il dénomme peladoïdes trophoneurotiques ; 35 cas où la nature trophoneurotique ou contagieuse de l'affection n'a pu être déterminée ; 21 cas où la nature contagieuse du mal semble ne pouvoir être mise en doute. M. Leloir se rallie à l'opinion de MM. E. Besnier, Lailler, Vidal, et pense qu'il existe des pelades contagieuses et des alopécies présentant les caractères de la pelade, qui doivent être rattachées à un trouble de l'innervation. Il reste à déterminer les caractères cliniques et anatomo-pathologiques permettant de distinguer les vraies pelades contagieuses des pelades d'origine nerveuse ou pelatoïdes trophoneurotiques.

Suite et fin de la discussion sur la lèpre. — M. Hardy ne croit pas que la question de la contagiosité ou de la non contagiosité de la lèpre puisse être aujourd'hui résolue. La découverte du bacille prouve que la lèpre est une maladie

parasitaire, mais ne démontre pas qu'elle soit contagieuse. M. Hardy ne partage pas l'opinion de MM. Ernest Besnier et Vidal, relativement à l'invasion imminente de la lèpre et aux mesures prophylactiques qu'il conviendrait d'adopter. La propagation de la lèpre est une affaire de race et de climat. Les Chinois, les Indiens, les Nègres, les Créoles, les Scandinaves y sont spécialement prédisposés; les races européennes, au contraire, semblent jouir d'une immunité relative. Les Européens devenus lépreux avaient séjourné longtemps dans les pays à lèpre, et avaient ainsi perdu le caractère de leur race. Certains climats favorisent la propagation de la lèpre, sans qu'il soit possible d'incriminer un facteur à l'exclusion d'un autre. Parmi les climats réfractaires, il convient de signaler l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie, la France. L'existence antérieure de la lèpre au milieu de nos populations, sa disparition spontanée, sont une nouvelle preuve de notre immunité. La lèpre a disparu de nos pays, parce qu'elle n'est pas une maladie nostras.

Grâce à notre race, grâce à notre climat, nous n'avons pas à craindre la lèpre en France. Aussi, en terminant, M. Hardy accepte-t-il, dans le but de combattre la lèpre, les mesures ressortant à l'hygiène, non à la police sanitaire.

M. Lagneau lit un *rapport sur l'état physique, intellectuel et moral des détenus dans les prisons cellulaires*, à propos d'un travail de M. A. Voisin. Le régime cellulaire des prisons est envisagé contradictoirement en France et en Belgique; en France, par suite de mauvaises dispositions de certaines prisons, par suite du trop grand nombre de détenus, par suite de leur isolement imparfait, on n'obtient pas du régime cellulaire les résultats obtenus en Belgique.

M. Le Dentu fait une communication sur l'*extraction d'un calcul d'un rein non suppuré*, avec suture de la plaie rénale et guérison en 25 jours. M. Le Dentu a déjà pratiqué quatre fois la néphro-lithotomie et a obtenu trois guérisons. A. Josias.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 22 juin 1888. — Présidence de M. Siredey.

M. Troisier a observé, chez un malade mort dans son service d'un cancer stomacal, *des vergetures* occupant la partie supérieure de la cuisse et qui s'étaient produites dans la convalescence d'une fièvre typhoïde dont avait été atteint le sujet pendant son adolescence. Dans ce cas encore, M. Troisier a pu constater qu'il s'agit là d'une vraie atrophie localisée de la peau, le tissu élastique manquant en ces points; il pense que ces altérations sont dues à la croissance rapide qui se manifeste souvent dans la convalescence de la dothiénentérie.

M. Bucquoy a également observé, à la suite de la fièvre typhoïde, des vergetures, chez un garçon et chez une jeune fille; dans ce dernier cas, elles siégeaient au niveau de la fosse iliaque et au-dessous du sein. Il ne pense pas qu'on puisse incriminer la croissance; il croit plutôt qu'il s'agit là de troubles trophiques.

M. Barié observe, en ce moment, des vergetures siégeant au niveau de l'articulation tibio-tarsienne d'une jeune fille convalescente après plusieurs rechutes de fièvre typhoïde. Il en a vu aussi survenir chez un tuberculeux à la suite d'un zona; il serait donc porté à faire jouer au système nerveux un rôle pathogène.

M. Sevestre a traité sept enfants atteints de diarrhée chronique par la *poudre de talc*, à la dose de 20 à 30 grammes par jour, mise en suspension dans du lait qu'on administre par cuillerées. Les résultats ont été assez bons; dans trois cas, la diarrhée a été arrêtée et dans quatre, elle a diminué, les selles de vertes devenant jaunes.

M. Féréol a eu de bons résultats avec le talc, suivant la méthode de M. Debove, chez des phtisiques peu avancés, bien que le talc fasse, avec le lait, une vraie bouillie. Chez les phtisiques avancés, les lavements au nitrate d'argent sont encore préférables.

M. Juhel Renoy a eu des résultats analogues; le mélange a été très difficile à absorber, tandis que 2 grammes de tannin ont agi très rapidement.

M. Gaucher vient d'observer un malade entré à l'hôpital pour des *épistaxis répétées*. On trouva un peu d'albumine dans les urines sans autres signes cliniques d'ailleurs, mais le malade était un alcoolique par inhalation de vapeurs d'alcool (c'était un distillateur). Le régime lacté absolu, l'extrait de ratanhia et le quinquina améliorèrent rapidement le malade dont les épistaxis disparurent en peu de temps.

M. Huchard aurait observé des accidents analogues chez un arthritique goutteux, mais le sujet avait eu des épistaxis abondantes dans sa jeunesse. Il devint albuminurique beaucoup plus tard et mourut d'urémie. M. Huchard croit que les épistaxis étaient dues à l'hypertension artérielle arthritique.

M. Gaucher vient d'observer une *attaque de goutte* absolument nette (orteil gauche) chez un enfant de quinze ans, de souche non goutteuse, mais dont la mère est arthritique. En trois jours, l'attaque disparut grâce aux cataplasmes et au salicylate. L. Capitan.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 27 juin 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Quénu rapporte deux observations de *trépanation* suivies de succès. Il s'agissait de fractures de la voûte du crâne. 1er *cas:* Homme de 39 ans, présentant un enfoncement de la table interne du frontal. Trépanation; difficulté de l'hémostase. Va très bien aujourd'hui.—2e *cas:* Charpentier de 24 ans; enfoncement avec chevauchement des fragments. Trépanation; on enlève le fragment qui comprime la substance cérébrale et paraît être la cause de la monoplégie brachiale. Quatre jours après, la paralysie s'étend au membre inférieur du même côté; poussée de méningo-encéphalite au voisinage de la plaie infectée antérieurement à l'opération. Ce malade a fini par guérir, mais fauche encore un peu. M. Quénu rapporte à ce propos les observations récentes de trépanation publiées à l'étranger (Bœckel, Roth, Soubotkine, etc.). Il termine en insistant sur ce fait: pour lui, le danger lors d'une fracture de la voûte du crâne, ne réside pas dans l'enfoncement d'un fragment osseux, mais dans la fissure qui accompagne la fracture et qui devient souvent un foyer d'infection, à marche parfois aiguë, parfois lente. Il met de côté, bien entendu, les cas où il y a un enfoncement énorme. Il est d'avis qu'il faut faire de la trépanation primitive, de suite après le traumatisme.

M. Reclus a fait une trépanation tout à fait secondaire pour des accès épileptiques survenant spontanément ou au moindre attouchement de la peau du crâne chez un soldat ayant reçu une blessure autrefois au niveau du frontal et de l'occipital avec enfoncement de l'os en ces points. Incision de 25 cent.; grand lambeau en volet; une couronne de trépan est appliquée au niveau du frontal, ne fit rien découvrir. Cinq furent appliquées su l'occipital et permirent d'enlever une exostose. Le sinus longitudinal supérieur fut ouvert. Pas de drainage; réunion parfaite. Depuis le malade n'a plus d'attaques. Ce fait montre l'inocuité de la trépanation, son utilité et le peu de gravité de l'ouverture d'un sinus. M. Féré pense que des cautérisations de la peau du crâne auraient peut être suffi pour guérir le malade.

M. Trélat a vu, il y a deux ans, un jeune homme de 26 ans qui, depuis une chute de cheval datant d'un an, présente une cicatrice au niveau de la partie supérieure d'un pariétal et des crises épileptiques (lourdeur, vertiges, nausées, malaise). Trépanation; incision courbe comme M. Reclus. Ablation d'un carré d'os de 3cm de côté. Au point où a été appliqué le trépan, a trouvé une hypérostose légère: l'os avait 1 mill. 1/2 d'épaisseur en plus à cet endroit. Guérison 15 jours après. Trois semaines après l'opération, le malade a eu une ébauche d'attaque, mais rien d'autre depuis. Il y a de cela deux ans.

M. Lucas-Championnière ne pense pas, comme M. Quénu, que le seul danger dans la fracture du crâne provienne de la fissure; l'enfoncement crée de véritables dangers par lui-même, en dehors de toute espèce de fissure. Il rappelle qu'en 1870, les Allemands ne voulait pas trépaner et que c'est en France que l'opération a été remise en honneur. Horsley est le seul chirurgien qui ait dans ces dernières années fourni des

données nouvelles et topiques sur la trépanation. Pour lui, l'incision en T, sinon en X, est préférable à l'incision courbe, si du premier coup on va jusqu'au périoste : de cette façon on retrouve facilement le point où doit être appliquée la couronne de trépan.

M. Chauvel fait une intéressante communication sur des expériences entreprises pour étudier les *blessures causées par les balles* à enveloppe métallique du nouveau fusil français (modèle Lebel). — Même à une portée de 1,200 à 1,500 mètres, ces balles produisent des blessures considérables, dans le crâne en particulier. Pour les blessures du crâne, au voisinage des trous d'entrée et de sortie de la balle, il se fait des *fissures* à aspect variable. Les unes sont *radiées*, sont plus ou moins nombreuses, en forme de rayons de roue partant de l'orifice par où a passé le projectile. D'autres fissures réunissent à leur périphérie les fissures radiées ; elles constituent une *fissure circulaire* ou *concentrique*. Enfin il y a des *fissures longitudinales ou transversales*, allant d'un orifice à l'autre. Il est intéressant de noter que ces balles ne restent jamais dans le corps : on ne les y trouve jamais. On n'aura donc plus à s'occuper de l'extraction de ces projectiles. Ils déterminent un orifice d'entrée très petit, arrondi, comme taillé à l'emporte-pièce. Dans le tir à courte distance (600 m.), l'ouverture d'entrée est plus petite que dans le tir à longue portée. Le trou de sortie est irrégulier ; au dessous on trouve souvent des fractures très complexes, des lésions très considérables, alors que cet orifice est très petit. Quand la balle court dans les tissus parallèlement aux fibres musculaires, on ne retrouve pas la trace du chemin qu'elle a suivi. Les lésions vasculaires sont très fréquentes (30 0/0) ; la mort par hémorrhagie sera donc souvent observée sur le champ de bataille.

M. Peyrot communique un cas de *hernie inguinale gauche du gros intestin, irréductible par des franges épiploïques dépendant de l'S iliaque*, et très augmentée de volume. Il a constaté ce fait, signalé par Hartmann, en faisant la cure radicale de cette hernie. Il croit cette cause d'irréductibilité mal connue ; il lui semble qu'il a vu jadis un autre cas analogue. M. Périer a opéré un malade dans les mêmes conditions.

M. Bouilly a vu un cas analogue. Les franges épiploïques furent réséquées ; il put alors rentrer l'intestin sans agrandir démesurément l'anneau, comme l'a fait M. Peyrot. M. Trélat a opéré un malade présentant la même lésion.

M. Lucas-Championnière pense que l'irréductibilité des hernies peut tenir à un grand nombre de causes. Depuis longtemps, il a vu des hernies irréductibles à cause de la présence de ces franges épiploïques adhérentes.

M. Schwartz a publié un cas analogue au Congrès de chirurgie. M. Malassez a cité cette cause d'irréductibilité en 1872. (*Soc. An.*)

M. Terrier a vu aussi cette hypertrophie des appendices épiploïques opposer une certaine difficulté pour la réduction des hernies. Quand les manœuvres de réduction d'une hernie ont été assez énergiques, il peut survenir un accident ultérieur intéressant à noter, à savoir une fistule intestinale, qui apparaît 8 ou 10 jours après l'opération. Cette fistule résulte d'une destruction partielle des parois intestinales par altération des vaisseaux du mésentère, tiraillés ou déchirés.

M. Prengrueber cite un cas analogue à celui de M. Peyrot chez un enfant de 4 ans.

M. Nicaise a vu des faits semblables, entre autres lors d'une hernie ombilicale. Pour que, à la suite d'une réduction difficile de l'intestin, il se produise une ulcération de la paroi, il faut que le traumatisme soit notable, car les vaisseaux sont nombreux dans le mésentère et se suppléent facilement les uns les autres.

M. Delorme montre deux malades auxquels il a fait une *résection du poignet pour des tumeurs blanches de cette articulation.* Marcel Baudouin.

Faculté des sciences de Paris. — Le samedi 23 juin 1888, à huit heures et demie, M. P. Chautard a soutenu pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour titre : « *Recherches sur les aldéhydes de la série grasse.* »

ASSOCIATION MÉDICALE AMÉRICAINE.

39e Congrès tenu à Cincinnati les 8, 9, 10 et 11 mai 1888. (Fin) (1).

Section d'obstétrique et de gynécologie.

Séance du 8 mai. — *Président* : M. le Dr Ely Van de Warker.
Secrétaire : M. le Dr E. W. Cushing.

M. le Président adresse la bienvenue aux membres de la section, et, à propos de l'enseignement de la gynécologie, apporte de chaleureuses félicitations à cet enseignement en Amérique, et à son fondateur Marion Sims.

1. — M. le Dr Price (de Philadelphie) lit une note sur *l'organisation d'un service d'infirmières libres à Philadelphie.* Elle a été fondée par un comité de personnes charitables de cette ville et est aidée par des dons volontaires et les faibles ressources que peuvent apporter les malades. Cette organisation existe depuis 2 ans. Elle comprend : 7 infirmières et leurs aides, parmi lesquelles deux s'occupent des accouchements. Elles sont destinées à secourir les malades pauvres ; et leur instruction, leur habitude de soigner les malades, sont d'un grand secours pour les opérateurs. Sur 90 opérations pratiquées sur l'abdomen, dans ces conditions il n'y a eu qu'un seul cas de mort. La Société a donné ses soins à 361 femmes en couches. En une année elle a soigné 200 malades, dont 100 pour affections chirurgicales.

2. — M. le Dr Jaggard (de Chicago) lit un essai sur *la relation existant entre l'endrométrite des femmes enceintes et la persistance des vomissements pendant la grossesse.*

Il relate le cas d'une malade agée de 29 ans, ayant eu 4 enfants vivants et 2 fausses-couches, atteinte lorsque la vit l'orateur, d'hyperhémie utérine due à la grossesse, avec des vomissements incessants au moindre mouvement. La grossesse datait de 8 mois, lorsque le Dr Jaggard résolut de provoquer l'accouchement. Il introduisit une bougie entre la paroi utérine et les membranes. L'avortement se produisit 8 heures après, et la délivrance se fit par la méthode de Crédé. Les vomissements cessèrent rapidement

M. le Dr Adams Allen (de Chicago) admet qu'il ne faut pas temporiser dans ces cas de vomissements incoercibles qui peuvent mettre en danger la vie de la mère. Il pense qu'il vaut mieux essayer de sauver celle-ci que l'enfant et provoquer l'accouchement.

M. le Dr H. Wathen (de Louisville) dans un cas analogue a pratiqué la dilatation du col, qui fit cesser les accidents, et l'avortement eut lieu. Il pense que celui-ci n'est pas fatal après la dilatation du col.

M. le Dr Nelson (de Chicago) cite un cas de grossesse compliquée de fibrome, avec vomissements incoercibles, pour lesquels il provoqua l'avortement. Après avoir retiré la sonde qu'il avait laissée quelque temps dans la cavité utérine, il s'en écoula un liquide lactescent. L'orateur se demande s'il a ouvert un abcès de la cavité, ou un sinus utérin. La malade guérit parfaitement. L'auteur pense que les accidents précités sont dus le plus souvent à des flexions utérines, ou à grossesses primipares, ou à un déplacement des ovaires, ou une maladie des annexes.

M. le Dr Pollard (de New-York) propose, au lieu d'introduire une bougie dans la cavité utérine, de la remplacer par un ou plusieurs fils de catgut antiseptique,

M. le Dr Morse pense que dans la majorité des cas, l'avortement se fait de lui-même, et n'a pas besoin d'être provoqué. Il rapporte deux cas. Dans l'un, la malade atteinte d'endométrite avant la grossesse, fut prise de vomissements continuels pendant celle-ci. L'avortement fut provoqué et se termina par la mort, la délivrance n'ayant pas été faite assez tôt. Dans le second cas, il y eut guérison.

M. le Dr Marcy a soigneusement étudié un certain nombre de ces cas ; il pense que leur cause pathologique est due à ce que les glandes utérines conservent leur activité et leur développement, au lieu de s'atrophier comme c'est normal, lorsque le placenta se développe, et à l'absence de relation appropriée entre les villosités destinées à absorber et les glandes secrétoires. Or, à proprement parler, il n'y a ni endométrite, ni inflam-

(1) Voir *Progrès médical*, nos 22, 23 et 25.

mation, mais troubles dans le développement normal Il pense que le plus souvent la dilatation est sans utilité pour arrêter les vomissements, parce qu'il entraîne ou la mort du fœtus ou l'avortement. Il faut attendre le développement suffisant du fœtus, pour pratiquer l'avortement.

M. le Dr JAGGARD proteste contre la simple dilatation du col; le plus souvent elle se termine par une expulsion prématurée de l'œuf. Il préfère l'usage d'une bougie flexible à tout autre moyen.

3. — M. le Dr GOODELL (de Philadelphie) lit un travail sur le *Rectum irritable*, « *nervous rectum* ». On peut voir chez des femmes nerveuses ou hystériques des troubles du rectum, consistant en spasmes des sphincters. Une forme se caractérise par des douleurs atroces, avec battements, durant plusieurs heures, à la suite de la défécation. Les malades sont pris de constipation, s'adonnent à l'usage de l'opium. Les douleurs siègent sur un point plus ou moins élevé du rectum, et reviennent parfois avec une sorte de périodicité. Dans d'autres cas, la souffrance se manifeste lorsque le rectum est plein de matières fécales, et l'acte de la défécation est extrêmement douloureux. Ces deux formes sont souvent le résultat d'un prolapsus ou de sensibilité ovarienne. Parfois le spasme tonique du sphincter est si prononcé qu'il ne peut être vaincu que par la dilatation. — Certains cas de sensibilité rectale se manifestent sans douleur, mais par un besoin pressant d'aller à la selle, survenant au moment le plus inopportun et dû aux causes les plus bizarres. — Enfin, une dernière forme décrite sous le nom de « colite folliculaire » ou d' « entérite membraneuse », se rencontre aussi chez les hystériques. On l'observe chez les femmes nerveuses, intelligentes. Sa pathologie est encore mal connue. Le diagnostic entre ces divers troubles nerveux et les affections du coccyx se fait au moyen du toucher rectal, qui rend compte de la mobilité ou de l'ankylose de son articulation. — Le traitement doit surtout consister à donner des calmants: lavements avant le coucher, suppositoires iodoformés, antipyrine, hamamelis, injections d'eau de chaux. En même temps il faut prescrire une bonne alimentation, des pilules contenant du fer, de l'arsenic, de l'asa-fœtida. On peut aussi donner des pilules de valérianate de zinc, de fer et de quinine, et de chlorure d'or et de sodium. Si des phénomènes d'impaludisme sont reconnus chez la malade, l'auteur ordonne un mélange d'une partie de liqueur de Fowler et de neuf parties de sirop d'iodure de fer. Les bromures, les amers peuvent être donnés avec avantages. Enfin, dans les paroxysmes violents, chez les hystériques, l'auteur préconise l'antipyrine et l'hydrobromate d'hyoscyamine. Il est parfois nécessaire de séquestrer les malades dans un appartement obscur.

4. — M. le Dr CUSHING présente au nom du Dr Réamy deux pièces de salpingite tuberculeuse.

5. — M. le Dr HOWARD A. KELLY (de Philadelphie) présente des instruments spéciaux pour l'exercice de la gynécologie.

6. — M. le Dr GORDON rapporte trois cas d'*hystérectomie vaginale* pour cancer de l'utérus; parmi eux, deux malades ont complètement guéri; la troisième est morte d'obstruction intestinale. Des deux malades guéries, l'une avait 38 ans (cancer de la lèvre postérieure du col), l'autre 56 ans (écoulements et hémorrhagies). L'orateur pense que l'hystérotomie vaginale est moins dangereuse que la laparotomie, parce qu'on peut faire le drainage.

M. le Dr MARCY parle de trois cas opérés par Martin, à Boston. Une des malades mourut d'hémorrhagie, une artère ayant échappé à la ligature; une autre mourut de troubles cardiaques.

M. le Dr GOODELL a pratiqué deux fois cette opération. La première malade mourut de septicémie, le troisième jour. La seconde guérit de l'opération, mais mourut d'hémorrhagie en moins de six mois. A l'avenir, il laissera la pince sur les vaisseaux, au lieu de les lier, et essaiera de ne pas faire la rétroversion de 'utérus, mais simplement de l'attirer en bas.

M. le Dr CUSHING (de Boston) décrit la méthode de Martin.

Séance du 9 mai.

Président: M. le Dr W. H. WATHEN.— *Secrétaire*: M. le Dr A. B. CARPENTER.

1. — M. le Dr L. H. DUNNING (de South Bend) lit un travail sur le *double utérus et double vagin*. Il passe en revue tous les cas connus de malformations utérines. Pour lui, ces malformations congénitales du vagin et de l'utérus sont plus fréquentes qu'on ne le suppose ordinairement. L'utérus bicorne est l'anomalie qu'on rencontre 50 fois 0/0. Il ne résulte de ces malformations aucune diminution de la fécondité de la femme, mais de nombreuses et grandes difficultés dans le travail. Dans tous les cas certains d'utérus bicorne, la grossesse s'est maintenue très avancée; mais les malformations les plus aptes à produire l'avortement sont: l'utérus didelphe et l'utérus biloculaire. Les deux parties peuvent être le siège du développement d'un fœtus, en même temps et à différentes époques. D'autre part, des troubles menstruels peuvent facilement apparaître, et l'on peut voir l'augmentation du sang des règles. Celles-ci peuvent se produire au niveau des deux utérus à la fois, où l'un peut alterner avec l'autre. Une moitié de l'utérus peut être le siège de grossesse, tandis que l'autre conserve sa menstruation. Ceci montre l'influence très grande de l'utérus sur ce phénomène physiologique. — Les effets du double vagin sont à peine décrits dans les livres. Tandis que la parturition peut se faire, le travail peut être entravé par la présence d'un septum au niveau de cet organe. Ce septum peut être déchiré pendant le travail ou divisé artificiellement avant que celui-ci ne soit terminé. C'est, du reste, ce que l'orateur recommande de faire, soit en l'incisant, soit avec le thermo-cautère. Il pratique l'excision et suture les lèvres de la plaie. Le moment de l'intervention a quelque importance; si l'anomalie est découverte peu de temps après la conception, il vaut mieux attendre le quatrième ou le cinquième mois. Il est préférable de sectionner le septum que de le laisser déchirer au moment du travail.

M. le Dr W. H. TAYLOR (de Cincinnati) a vu deux cas de duplicature de l'utérus et du vagin. Dans l'un, il y avait division complète du vagin, s'étendant de son ouverture à l'orifice interne de l'utérus. Cette femme mit à terme un enfant, qui déchira une portion du septum pendant le travail. On sectionna le reste de la cloison. — Dans l'autre cas, la séparation comprenait seulement le vagin. C'est là une forme plus rare.

M. le Dr GOODELL relate un cas d'utérus double, dans lequel il diagnostiqua, par erreur, une grossesse extra-utérine. La marche du travail lui fit reconnaître cette erreur.

M. le Dr KELLY (de Philadelphie) dit avoir vu six cas de ces malformations. Il en a vu une où la portion inférieure du vagin seule était divisée. Il appelle l'attention sur l'examen bimanuel, qui facilite singulièrement le diagnostic de ces malformations.

2. — M. le Dr FRANKLIN N. MARTIN (de Chicago) lit un travail sur *la valeur du galvanisme appliqué au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus (méthode d'Apostoli)*, dont voici les conclusions. Pour obtenir des bénéfices de ce traitement, il faut employer un courant électrique continu et uniforme pouvant fournir 200 ohms et 500 milliampères. Les tumeurs fibreuses de petite dimension peuvent se résorber par l'application de courants galvaniques forts. Les hémorrhagies dans les formes métrorrhagiques peuvent être promptement guéries, par l'action coagulante du pôle positif placé dans la cavité intra-utérine. Les névralgies violentes, qui accompagnent si souvent ces troubles, peuvent être guéries par trois ou quatre applications de ce traitement. Lorsque le canal cervical ne peut être pénétré par aucune sorte de sonde intra-utérine, après plusieurs essais, on fait une galvano-puncture négative dans la partie de la tumeur qui se présente et ainsi est fait un canal artificiel à travers lequel on introduit l'électrode. L'électrode intra-utérine doit être négative, à moins qu'il n'y ait des hémorrhagies, ou une leucorrhée abondante, alors il faut se servir de l'électrode positive. Parfois on doit se servir des deux dans des opérations successives, chez le même malade. La force du courant devra dépendre entièrement de la surface de l'électrode interne, soit 25 milliampères par chaque centimètre carré de l'instrument en contact avec la muqueuse utérine. Si cette force du courant est dépassée, il pourra cautériser cette muqueuse; si, au contraire, elle est diminuée, il ne pourra produire la coagulation suffisante pour arrêter l'hémorrhagie. La durée de chaque séance de traitement est de cinq minutes. Leur nombre dépend du résultat à obtenir. Une hémorrhagie grave peut être arrêtée en quatre à cinq séances, tandis que le nombre nécessaire pour réduire la tumeur est parfois très

grand, tout en portant l'action de l'électricité sur les différents points. Parfois, dans le cas de tumeurs volumineuses et nombreuses, on est obligé de se contenter d'un soulagement dans les accidents, ou de leur cessation. L'opération doit se faire, autant que possible entre les règles, si toutefois l'hémorrhagie est continuelle, il faut opérer malgré le flux. Les séances peuvent se faire tous les jours, avec le système adopté plus haut, ce qui facilite l'action sur les différents points du canal intra-utérin, en des séances successives. On peut encore avec avantage ne le faire qu'une fois par semaine. On ne doit pratiquer l'électro-puncture extra-utérine qu'en dernier ressort. Les aiguilles à galvano-puncture et les électrodes internes, doivent être lavées avec grand soin et placées dans un liquide antiseptique avant de s'en servir. Il faut, avant l'opération, faire une injection antiseptique intra-vaginale. Le Dr Apostoli n'a eu que 2 morts sur 275 cas ; il admet qu'on peut éviter ces accidents. Ce traitement donne, entre des mains exercées, d'excellents résultats,

3. — M. le Dr CARPENTER (de Cleveland) lit un travail sur une *nouvelle méthode suppléant le courant électrolytique pour le traitement des fibromes utérins*. Il propose d'employer l'électricité fournie dans les rues par la Compagnie Edison !

M. le Dr NEWMAN pense qu'il faut user de courants faibles. Sur l'abdomen, on doit placer une électrode très large, afin de diffuser le courant. Il laisse de côté les aiguilles fines qui peuvent donner des accidents. Il se sert d'une sonde dont une partie est isolée (sauf l'extrémité). L'objectif du traitement n'est pas de guérir complètement l'affection, mais de diminuer la tumeur de volume, autant que possible.

M. le Dr MARCY (de Boston) est, à sa connaissance, le premier, avec le Dr Cutter (de New-York), qui ait employé l'action de l'électricité dans les tumeurs. Il en avait éprouvé des résultats dangereux et l'avait laissée de côté. En présence des succès de la méthode d'Apostoli, il a repris ses premiers essais et s'en est fort bien trouvé.

M. le Dr CARPENTER se sert toujours, au début, de courants faibles, en faisant durer les premières séances plus longtemps. Le repos doit être prescrit après chaque séance. Il signale le cas d'une femme qui éprouvait de l'incontinence d'urine, dont le traitement la guérit.

4. — M. le Dr CUSHING (de Boston) présente un travail sur *l'endométrite, l'adénome et le carcinome de l'utérus*, illustré de nombreuses gravures et de micro-photographies.

Séance du 10 mai. — *Président* : M. le Dr VAN DE WARKER. *Secrétaire :* M. le Dr CUSHING.

1. — M. le Dr WATHEN (de Louisville) lit un travail sur *la la parotomie dans la grossesse extra-utérine*. L'auteur préfère la laparotomie à l'électrolyse, qui donne lieu, d'après lui, à des accidents graves. Celle-ci doit être faite avant le cinquième mois et souvent c'est plus tard que les malades se présentent après. Si dans une grossesse extra-utérine avancée, il y a rupture des trompes, il place des ligatures en masse sur les ligaments, car l est difficile d'apercevoir les points où le sang donne. Si on le peut, on doit, dit l'auteur, enlever le placenta, qui peut, par la suite, être une cause d'hémorrhagie ou de septicémie par décomposition. Si on le peut, on enlève entièrement le sac et on pratique le drainage, soit à travers l'angle inférieur de la plaie abdominale, soit par le vagin.

M. le Dr A. M. JOHNSTONE (de Danville) lit un travail sur le même sujet, dont les conclusions concordent avec celles de l'orateur précédent. Il rejette aussi l'électrolyse ; celle-ci, dit-il, tue le fœtus, mais laisse se développer le placenta. D'autre part, elle peut paralyser le sympathique pelvien, d'où peuvent suivre des troubles cardiaques. Les médecins qui ont vanté cette méthode ont dit qu'avant le cinquième mois il n'y avait pas de danger de rupture ; c'est une erreur. Les shock prémonitoires sont les seules qui mettent en évidence une prochaine rupture, et non pas seulement la contraction des trompes.

2. — M. le Dr RUFUS B. HALL (de Cincinnati) lit un travail sur *l'intervention opératoire précoce dans les cas de douleurs sourdes du bassin et d'attaques récurrentes d'inflammation pelvienne chez la femme*.

3. — M. le Dr REED (de Widdleport) lit une note sur *l'ablation hâtive des tumeurs kystiques abdominales ;* il est de l'avis des chirurgiens sur ce sujet, contrairement à celui d'un grand nombre d'opérateurs américains.

4. — M. le Dr HENRY O. MARCY (de Boston) lit un travail sur la *laparotomie exploratrice*, qu'il voudrait ne pas voir employée seulement en dernier ressort, mais encore comme un moyen de diagnostic dans les cas obscurs. Il mentionne onze cas de guérison, dont celui d'un enfant de deux ans, atteint de péritonite à la suite d'inflammation de l'appendice vermiculaire, avec perforation intestinale et vésicale qu'on dut suturer.

5. — M. le Dr W. H. MEYERS (de Ft. Wayne) lit un travail sur le *traitement de la péritonite aigüe*. La méthode expectative est dangereuse. Le traitement chirurgical a donné lieu à une modification dans le traitement médical. Au lieu de prescrire l'opium à haute dose. Tout après la laparotomie ordonne des purgatifs salins. L'auteur recommande donc les purgatifs salins, et la laparotomie s'il y a du pus dans la cavité abdominale.

M. le Dr GOODELL prescrit du calomel, et n'abandonne pas l'opium à cause des violentes douleurs qu'éprouvent les malades.

A. RAOULT.

CONSEIL D'HYGIÈNE ET DE SALUBRITÉ DE LA SEINE

Séance du 22 juin 1888.

M. le Dr DUJARDIN-BEAUMETZ donne lecture d'un rapport sur la « *Saccharine* », rapport concluant à la prohibition de ce produit dans l'alimentation générale, comme pouvant avoir des dangers pour la santé publique.

M. le Dr Dujardin-Beaumetz annonce ensuite au Conseil qu'il a été constaté la semaine dernière, à Paris, deux nouveaux cas de *rage humaine*.

A cette occasion, M. PASTEUR dit que le nombre des personnes mordues par des *chiens enragés* est toujours considérable : ainsi, il y a trois jours, 16 personnes mordues, dont onze à Paris, se sont présentées à son laboratoire. Il espère que les nouvelles mesures prises par la préfecture de police diminueront le nombre des morsures. Les propriétaires de chiens ne veulent pas toujours les faire abattre, lorsqu'ils sont suspects de rage. Ils demandent souvent que leurs chiens soient mis en observation, afin qu'il soit constaté, après quelque temps, s'ils ont contracté effectivement la rage. Cette méthode n'est pas admissible, attendu qu'il est impossible de dire après quel laps de temps le chien suspect de rage peut être considéré comme ne se trouvant pas sous le coup de cette affection. Ainsi, dernièrement, un chien suspect, qui avait été mis en observation chez un vétérinaire, est devenu enragé au bout de six mois seulement. Il cite des pays étrangers dans lesquels la rage a presque disparu à la suite des mesures rigoureuses prises contre les chiens.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître que plusieurs personnes ont écrit à M. le préfet de police pour le prier de demander à M. Pasteur des indications, des conseils sur les premiers symptômes de la rage chez les chiens et les chats.

M. PASTEUR dit qu'il n'est pas possible de définir, d'une manière absolue, les symptômes caractéristiques de la rage ; des hommes experts peuvent parfois porter un diagnostic erroné. M. Pasteur rappelle un fait qui s'est passé il y a quelques mois dans un département du Midi : un chien mordit un enfant qui, par mesure de précaution, fut assitôt conduit à Paris au laboratoire de la rue Vauquelin. Le chien fut abattu et autopsié par un vétérinaire qui ne constata aucun symptôme de rage. Cependant, ce chien était enragé, puisque trois de ses congénères, qu'il avait aussi mordus et qui avaient été renfermés par mesure de prudence, moururent peu de temps après de la rage.

M. GOUBAUX dit que, depuis que l'ordonnance du 8 juin a été publiée, on répand dans le public les bruits les plus absurdes, et qu'il serait utile que l'administration fît insérer dans les journaux une note indiquant que toutes les mesures prescrites sont de première nécessité, et qu'il est indispensable que toutes les personnes mordues par des chiens enragés soient soumises au traitement antirabique.

M. PASTEUR dit qu'il serait heureux de voir les membres du Conseil venir à son laboratoire où ils pourraient se rendre

compte, par l'affluence des personnes traitées, de la nécessité d'appliquer, avec la plus grande rigueur, les mesures propres à faire disparaître la rage.

Le Conseil a accepté cette invitation.

COMITÉ CONSULTATIF D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE.

Séance du 18 juin 1888.

Le comité consultatif d'hygiène publique de France, a dans cette séance approuvé un rapport de MM. Brouardel et Du Mesnil sur les *mesures hygiéniques à observer pour l'établissement des cimetières.* Dans le décret du 23 prairial an XII, sur les sépultures, le législateur s'est montré surtout soucieux de préserver le voisinage contre les émanations des cimetières. Cette préoccupation pouvait être justifiée, à l'époque où la profondeur insuffisante à laquelle étaient faites les inhumations, et la multiplicité des corps accumulés dans une même fosse, constituaient de véritables charniers, etc., et donnaient lieu à des dégagements d'odeurs fétides. Il n'en est plus ainsi aujourd'hui avec l'ensevelissement des corps à une profondeur de un mètre cinquante, l'espacement des fosses dans les cimetières et la défense de superposer les cadavres dans la même fosse, inscrite dans les règlements administratifs. Dans ces conditions, il ne se produit plus de dégagement d'odeurs méphitiques en temps ordinaire dans les cimetières, et si, lors de certaines opérations telles que les exhumations, des émanations désagréables sont perçues sur le point limité où elles se produisent, elles ne peuvent avoir aucune action sur la santé publique. Dès lors il n'y a plus lieu d'insister sur la nécessité de placer le cimetière dans telle ou telle direction par rapport à l'agglomération qu'il doit desservir, pas plus qu'il soit nécessaire, qu'il soit clos par un mur de deux mètres de hauteur. Cette clôture, aussi inutile qu'onéreuse, ne peut que diminuer la libre circulation de l'air dans les champs de repos. Mais si le danger des émanations des cimetières est reconnu aujourd'hui par tous comme chimérique, il n'en est pas de même de la souillure des eaux de la nappe souterraine par les matières organiques qui se détruisent dans le sol. Sur ce point, au contraire, tous les travaux récents invitent à la plus extrême prudence, afin de prévenir la pollution des nappes aquifères où la population va chercher l'eau nécessaire à sa consommation. Le comité a pensé que, pour atteindre ce but, il faut, avant d'installer un cimetière sur un point donné, bien connaître la nature du sol et son aménagement. Le terrain devra être meuble et de préférence sablonneux; dans le cas où le roc empêcherait de creuser toutes les fosses à la profondeur réglementaire, le terrain du cimetière devra être préparé et déroché jusqu'à deux mètres de profondeur. Si le terrain est compact et aquifère, le sous-sol du cimetière devra être drainé et les eaux épurées. Dans tous les cas l'emplacement du cimetière sera aussi éloigné que possible de la nappe d'eau souterraine qui alimente les populations voisines et sans communication possible avec elle. Il devra être distant de cent mètres au moins des habitations. Les caveaux dans lesquels les familles sont autorisées à inhumer leurs morts en des cases superposées enfermées par des dalles, fournissent des odeurs fétides et des gaz toxiques; quand on ouvre les cases renfermant les bières, on y trouve des liquides sanieux, répandant des émanations putrides. Pour prévenir cette cause d'infection, le comité a été d'avis qu'il y a lieu de mettre dans ces cases, sous la bière et au pourtour, une matière pulvérulente, charbon ou sciure de bois mélangée à un désinfectant chimique, et d'assurer la ventilation permanente du caveau. Quant au transport des cadavres, d'un point du territoire à un autre, qu'il soit fait immédiatement après la mort ou après exhumation, le comité demande qu'il ne puisse être opéré que dans un appareil métallique parfaitement clos et étanche — Sur un rapport de M. Dubrisay, le comité a ensuite émis l'avis qu'il y avait lieu de ne pas autoriser l'emploi de *dépotoirs* en tôle galvanisée pour le mesurage des liquides et le jaugeage des fûts.— L'importance et le nombre des affaires soumises au conseil d'hygiène et de salubrité de l'arrondissement de Brest, nécessitent l'augmentation de douze à quinze du nombre de ses membres. Sur le rapport de M. Grancher, le comité a approuvé la demande adressée à cet effet par M. le pré[illegible] du Finistère.

VARIA

Ovariotomies chez les personnes très âgées.

M. le Dr Alban Doran, de Samaritan's Hospital, à Londres, vient d'adresser au *Boston medical and chirurgical Journal* (1) une lettre dans laquelle il cite un certain nombre d'ovariotomies, faites chez des femmes âgées de plus de 80 ans ou à peu près, cas qui ont échappé aux recherches bibliographiques du Dr Lorini et aux nôtres (2). M. le Dr Miner a publié, en effet, dans le *Buffalo medical and surgical Journal* (septembre 1886) et l'*American Journal of the medical sciences*, 1867, vol. LIII, page 284, une observation d'ovariotomie chez une dame ayant 82 ans. Il s'agissait d'un kyste multiloculaire qui pesait 19 livres 1/2. Le pédicule, après ligature, fut passé à travers la paroi vaginale, mais la malade succomba 14 jours après l'opération. D'autre part, Schröder a opéré aussi, mais avec succès cette fois, une femme de 79 ans et une autre de 80 ans. Ces trois faits sont mentionnés dans la seconde édition du *Krankheiten der Warien* d'Olshausen et dans le *Handbook of gynæcological Operations* d'Alban Doran. Marc. B.

Le savon chirurgical de M. Aug. Reverdin (de Genève).

On parle peu du savon qui a pourtant une importance capitale dans la chirurgie moderne. M. Reverdin pense que le choix de ce précieux auxiliaire de la toilette antiseptique doit appartenir exclusivement au chirurgien. Kummel (de Hambourg) préconise le *savon noir* (à base de potasse et fait avec des huiles inférieures). Le Pr Bottini (de Milan) emploie un savon au sulfophénate de zinc, qui a paru à M. Reverdin très recommandable. Lui-même a modifié la constitution de ce savon et voici la formule à laquelle il a recours :

Huile d'amandes douces.	72
Lessive de soude.	24
Lessive de potasse.	12
Sulfophénate de zinc.	2
Essence de roses	0,5

Ce savon est très doux, nettoie à merveille et aurait un notable pouvoir désinfectant (*Rev. méd. de la Suisse Rom.*)

Science et Religion.

Un fait très curieux s'est passé récemment à Paris. Toute la presse médicale l'a signalé, mais la *Revue générale de Clinique et de thérapeutique* a été le seul journal à le commenter. Voici ce dont il s'agit : Le consistoire israélite de Paris, voulant faire réimprimer l'arrêté contenant le règlement de la circoncision *more judaïco*, a cru bon, récemment, de demander l'avis de chirurgiens et de médecins sur l'opportunité de la révision de ce règlement, datant de 1854, pour le mettre en harmonie avec les données scientifiques modernes. La commission médicale nommée à cet effet est composée de MM. les Drs Duplay, Périer, Marc Sée, Worms, Leven et Klein. Ils se sont réunis le 6 mai dernier, sous la présidence du grand rabbin de Paris.

On sait que le consistoire de Paris est en quelque sorte l'école normale de la Péritomie, car elle délivre des certificats d'aptitude, après examen par M. le Dr Worms, aux personnes qui désirent devenir opérateurs officiels (*mohel*). La commission a révisé le programme de cet examen ; elle a décidé, par 5 voix sur 6, que la succion (*mezzizah*) est un procédé inefficace, dangereux et qu'il faut l'abandonner (3), précisé les soins de propreté à prendre lors de la circoncision, en même temps qu'elle a proposé le rétablissement du poste d'inspecteur de la péritomie, et a chargé M. Duplay de rédiger un manuel pour *l'opération et son traitement.* Nous ne comprenons pas qu'un médecin ait osé défendre un instant le procédé de la succion. En tous cas, c'est avec plaisir que nous constatons les tendances progressistes des religieux israélites et leur respect pour la science. M. B.

Pièce de 50 centimes tombée dans le larynx.

M. Archambault rapporte l'observation d'un malade, âgé de 23 ans, qui vint consulter le Dr Fauvel au sujet d'une pièce de 50 centimes qu'il avait avalée deux jours auparavant. A ce

(1) *Boston medical and surgical Journal*, 7 june 1888, p. 586.

(2) Voir *Progrès médical*, n° 24, p. 466, 1888.

(3) Voir au *Progrès Médical*, *C. R. Assoc. franc. p. l'avancement des Sciences*, Congrès d'Oran, 1888.

moment, il fut pris de quintes de toux avec crachement de sang, syncope, aphonie et difficulté extrême de la respiration. Le sujet est pâle ; les yeux sont hagards, la partie antérieure du cou est très sensible à la palpation, la pression exercée au niveau des cartilages thyroïde et cricoïde, détermine une douleur vive. Il lui est presque impossible de se mettre dans le décubitus dorsal. La déglutition est douloureuse au point de l'empêcher de manger. Il a du tirage susternal et du cornage métallique au moindre mouvement. L'examen laryngoscopique montre de la rougeur et du gonflement de l'épiglotte, des replis aryténo-épiglottiques et des bandes ventriculaires. Entre celles-ci est un corps brillant, qui n'est autre que la pièce qui se présente du côté pile ; ses bords sont enchâssés dans les ventricules. Il n'existe qu'un léger espace libre à la partie postérieure pour permettre au malade de respirer. Après avoir fait d'inutiles efforts d'extraction avec la pince laryngienne, le Dr Fauvel adressa ce malade à M. Péan, qui pratiqua l'ouverture de l'espace intercrico-thyroïdien, sectionna le thyroïde et put alors extraire facilement la pièce de 50 centimes. Le malade avait refusé le chloroforme. La guérison était complète vingt jours après. (*Gazette des Hôpitaux*, 25 août 1887).

Actes de la Faculté de Médecine.

LUNDI 2. — Examens ayant lieu à 9 heures. — 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Pouchet ; — (2e *Série*) : MM. Gariel, Blanchard, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Bourgoin, Blanchard ; — (3e *Série*) : MM. Gariel, Bouchardat, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Hayem, Fournier, Reynier. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Marc Sée, Budin, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Ollivier, Raymond, Chauffard. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Reclus ; — (2e *Série*) : MM. Delens, Pinard, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Potain, Straus, Déjérine.

MARDI 3. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1re *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gautier, Gariel, Hanriot ; — (2e *Série*) : MM. Bourgoin, Bouchardat, Villejean. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Lutz, Hanriot ; — (2e *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Pouchet ; — (3e *Série*) : MM. Gautier, Blanchard, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Bouchard, Quenu, Poirier ; — (2e partie) : MM. Mathias-Duval, Joffroy, Quinquaud. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Peyrot, Campenon ; — (2e *Série*) : MM., Duplay, Bouilly, Brun ; — (2e partie) : MM. Peter, Legroux, Hanot. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Panas, Lannelongue, Maygrier ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Charpentier, Schwartz ; — (2e partie) : MM. Jaccoud, Fernet, Troisier.

MERCREDI 4. — Examens ayant lieu à 9 heures 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Baillon, Bourgoin, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Hanriot, Blanchard. — Examens lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Bouchardat, Blanchard ; — (2e *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Pouchet ; — (3e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Delens, Marc Sée, Poirier ; — (2e partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Déjérine. — 3e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Lannelongue, Segond, Jalaguier. — 4e *de Doctorat* : MM. Hayem, Ollivier, A. Robin. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Guyon, Pinard, Reclus ; — (2e *Série*) : MM. Trélat, Ribemont-Dessaignes, Kirmisson ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Landouzy, Brissaud.

JEUDI 5. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Bourgoin, Hanriot, Pouchet ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Blanchard. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat* : MM. Baillon, Gariel, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) (1re *Série*) : MM. Mathias-Duval, Bouilly, Brun ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Schwartz, Poirier ; — (3e *Série*) : MM. Le Fort, Lannelongue, Peyrot ; — (4e *Série*) : MM. Duplay, Panas, Quenu. — 3e *de Doctorat* (2e partie) : MM. Bouchard, Dieulafoy, Ballet. — 4e *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Ball, Proust, Joffroy ; — (2e *Série*) : MM. Peter, Fernet, Hutinel ; — (3e *Série*) : MM. Laboulbène, Legroux, Troisier.

VENDREDI 6. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Villejean ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Pouchet, Blanchard. — Examens ayant lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Regnauld, Lutz, Blanchard ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Bourgoin, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Ch. Richet, Rémy, Reynier. 5e *de Doctorat* (1re partie) (Pitié) (1re *Série*) : MM. Marc Sée, Delens, Segond ; — (2e *Série*) : MM. Straus, Legroux, Chauffard ; — (2e partie) : MM. Fournier, Raymond, Brissaud ; — (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Trélat, Budin, Reclus ; — (2e *Série*) : MM. Guyon, Ribemont-Dessaignes, Jalaguier ; — (2e partie) : MM. Damaschino, Ollivier, Déjérine.

SAMEDI 7. — Examens ayant lieu à 9 heures. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Lutz, Blanchard ; — (2e *Série*) : MM. Baillon, Bourgoin, Villejean ; — (3e *Série*) : MM. Bouchardat, Hanriot, Pouchet. — Examens lieu à 1 heure. 1er *de Doctorat* (1re *Série*) : MM. Gariel, Bourgoin, Blanchard ; — (2e *Série*) : MM. Gautier, Lutz, Villejean. — 2e *de Doctorat*, oral (1re partie) : MM. Laboulbène, Mathias-Duval, Poirier. — 5e *de Doctorat* (1re partie) (Hôtel-Dieu) (1re *Série*) : MM. Duplay, Bouilly, Campenon ; — (2e *Série*) : MM. Richet, Charpentier, Brun ; — (2e partie) : MM. Dieulafoy, Legroux, Troisier ; — (1re partie) (Charité) (1re *Série*) : MM. Le Fort, Schwartz, Peyrot, Panas, Quenu, Maygrier ; — (2e partie) : MM. Peter, Fernet, Ballet.

Thèses de la Faculté de Médecine.

Mercredi 4. — M. Foveau. De la vaginite et de son traitement. — M. Romme. Contribution à l'étude de l'acétonurie et du coma diabétique. — *Jeudi* 5. — M. Letenneur. Les tumeurs stercorales en obstétrique. — M. Tostivint. Contribution à l'étude de l'hystérie pulmonaire (pseudo-phthisie hystérique).

NÉCROLOGIE

M. Paul DAUTIGNY.

Mardi dernier, 26 juin, a succombé, à l'hôpital Tenon, à l'âge de 28 ans, notre collègue et ami Paul Dautigny, interne de M. le Dr Cuffer. Il n'a été malade que quelques jours et a été enlevé d'une façon si brusque que la plupart de ses camarades étaient bien loin de se douter de la gravité de son état.

Dautigny avait été reçu interne des hôpitaux, dans un très bon rang, au concours de 1885. En 1886, il était déjà à Tenon interne de M. le Dr Berger ; il passa l'année 1887 à l'hôpital des Enfants-Malades, chez M. le Dr Descroizilles. Ses obsèques ont eu lieu le jeudi 28 juin, à 3 h. et demi. Une assistance considérable, au premier rang de laquelle on remarquait M. Peyron, directeur général de l'Assistance publique, M. Dérouin, secrétaire général, M. Cuffer, M. Descroizilles, etc., et un grand nombre d'internes des hôpitaux, avaient tenu à accompagner notre ami à sa dernière demeure. Le char funèbre, couvert de fleurs, portait les couronnes offertes par les Internes en médecine, les Internes de l'hôpital Tenon, M. Cuffer, l'administration, les malades de son service. Aucun discours n'a été prononcé sur la tombe au Père Lachaise où a eu lieu l'inhumation dans un caveau provisoire en attendant que le corps soit transporté à Montpellier. Très modeste, notre distingué camarade des Enfants-Malades a voulu s'en aller seulement avec les souvenirs qu'il laisse dans le cœur de ses nombreux amis.

Dautigny avait accompagné, l'année dernière, M. le Dr Aubry, en mission en Russie ; au retour de ce long voyage, sa santé s'était un peu altérée, et depuis quelques mois, ses amis redoutaient avec raison l'aggravation de son état, lorsqu'il y a quelques jours à peine a débuté la poussée aiguë qui l'a emporté si brusquement. MARC. B.

NOUVELLES

NATALITÉ A PARIS. — Du dimanche 17 juin 1888 au samedi 23 juin 1888, les naissances ont été au nombre de 1077, se décomposant ainsi : *Sexe masculin* : légitimes, 396 ; illégitimes, 141. Total, 537. — *Sexe féminin* : légitimes, 382 ; illégitimes, 158. Total, 540.

MORTALITÉ A PARIS. — Population d'après le recensement de 1881 : 2,225,910 habitants y compris 18,380 militaires. Du dimanche 17 juin 1888 au samedi 23 juin 1888, les décès ont été au nombre de 833, savoir : 431 hommes et 402 femmes. Les décès sont dus aux causes suivantes : Fièvre typhoïde : M. 13, F. 8. T. 21. — Variole : M. 3, F. 3, T. 6. — Rougeole : M. 5, F. 6. T. 11. — Scarlatine : M. 4, F. 2, T. 6. — Coqueluche : M. 6, F. 1. T. 7. — Diphthérie, Croup : M. 9, F. 9, T. 18. — Cho-

léra : M. 00, F. 00. T. 00. — Phtisie pulmonaire : M. 91, F. 68. T. 159. — Autres tuberculoses : M. 20, F. 14. T. 34. — Tumeurs bénignes : M. 2, F. 7. T. 9. — Tumeurs malignes : M. 13, F. 39. T. 52. — Méningite simple : M. 23, F. 19. T. 42. — Congestion et hémorrhagie cérébrale : M. 19, F. 16. T. 35. — Paralysie : M. 4, F. 4. T. 8. — Ramollissement cérébral : M. 4, F. 4 T. 8. — Maladies organiques du cœur : M. 15, F. 20. T. 35. — Bronchite aiguë : M. 5, F. 8 T. 13. — Bronchite chronique : M. 11, F. 11. T. 22. — Broncho-Pneumonie : M. 4, F. 9. T. 13. — Pneumonie M. 17. F. 15. T. 32. — Gastro-entérite, biberon : M. 16, F. 20. T. 36. — Gastro-entérite, sein ; M. 8, F. 8. T. 16 — Diarrhée au-dessus de 5 ans : M. 2, F. 1. T. 3. — Fièvre et péritonite puerpérales : M. 0, F. 3 T. 3. — Autres affections puerpérales : M. 0, F. 1. T. 1. — Débilité congénitale et vices de conformation : M. 14, F. 9, T. 23. — Sénilité : M. 11, F. 14. T 25. — Suicides : M. 14, F. 6 T. 20. — Autres morts violentes : M. 9. F. 1. T. 10. — Autres causes de mort : M. 85 F. 72. T. 157. — Causes restées inconnues : M. 4 F. 4. T. 8.

Faculté des sciences de Paris. — *Thèse pour le doctorat ès sciences physiques.* — Le samedi 9 juin 1888, à 8 heures et demie du matin, M. Lochert, a soutenu devant la Faculté des sciences de Paris la thèse suivante, pour le doctorat ès sciences physiques : 1re thèse : *Etude sur les acetals des glycols.* M. Lochert a été déclaré digne d'obtenir le grade de docteur ès sciences physiques

Faculté de médecine de Paris. *Concours de l'adjuvat d'anatomie.* — A l'épreuve orale de dix minutes, la question posée a été la suivante : *Artère fémorale.* — Les candidats ont eu à préparer, à l'épreuve de dissection de quatre heures, les *muscles des régions postérieure et externe de l'avant-bras et leurs nerfs.*

Facultés de médecine. *Concours d'agrégation.* — Le nombre des places d'agrégés près la Faculté de médecine, mises au concours, cette année, est porté de vingt-huit à vingt-neuf. Cette vingt-neuvième place sera comprise dans la section des sciences physiques (physique) et sera réservée à la Faculté de médecine de Paris.

Faculté de médecine de Nancy. — Un concours, pour deux places de chef de clinique chirurgicale, s'ouvrira le 17 juillet 1888, à huit heures du matin. — Un concours, pour la place de chef de clinique obstétricale, s'ouvrira le 20 juillet 1888, à huit heures du matin. Un traitement annuel de 1,200 francs est attaché à chacun de ces emplois.

Ecole de médecine et de pharmacie d'Alger. — M. Malosse, agrégé près la Faculté de médecine de l'école supérieure de pharmacie de Montpellier, est nommé, à partir du 1er novembre 1888, professeur de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger, en remplacement de M. Ducruzel décédé.

Ecole de médecine et de pharmacie de Nantes. — M. le Dr Dianoux, docteur en médecine, suppléant à ladite école, est nommé professeur de clinique ophthalmologique. (*Chaire nouvelle.*

Hôpitaux de Paris. *Internat en pharmacie.* — Le concours de l'internat en pharmacie des hôpitaux de Paris vient de prendre fin. Ont été reçus comme internes titulaires : MM. Montfet, Thoury, Lhospitalier, Charpentier, Duhesme, Brétillon, Emery, Petit, Bretonneau, Alias, Grignon, Lucien David, Arguyrol, Rogier, Martignon, Denis Joly, Farel, Ballon, Pauly, Guaresnier, Sourcin, Charles Joly, Spindler, Demolon, Clément, Leroux, Coudray, Maulion, Dajou, Fontaine, Fouchard, Decaillot, Nourtier, Dardanne, Courvoisier, Béguet, Girard, Pelœlle, Nauta, Roché.

Classement général et répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes en pharmacie pour l'année 1888-1889. — MM. les élèves internes en pharmacie actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite du dernier concours sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1888-1889. En conséquence, ils devront se présenter au Secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées : à MM. les élèves internes de 2e, 3e et 4e année, le mardi 26 juin, à une heure et demie, dans l'Amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, no 3 ; de 1re année, le jeudi 28 juin, à deux heures.

Concours pour deux places de chirurgiens du bureau central. — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. les Drs Michaux et Chaput, anciens internes des hôpitaux.

Hospice de Levallois-Perret. — Recemment a eu lieu l'inauguration de l'hospice pour vieillards des deux sexes, fondé à Levallois-Perret par M. Raynaud, maire de la localité. Le bâtiment et ses dépendances occupent une superficie de 8,000 mètres. On n'y reçoit que des vieillards absolument malheureux et infirmes. Cent vingt personnes peuvent y trouver asile. Les hommes ont non seulement un dortoir confortable, bien aéré, et un réfectoire, mais encore un fumoir vitré ayant vue sur un jardin de 6,000 mètres et sur la campagne. La valeur du terrain et des constructions est de deux millions. Une distribution de vivres et de secours a été faite aux pauvres de Levallois-Perret aux frais de M. Reynaud à l'occasion de l'inauguration de la maison hospitalière.

Académie des sciences. — L'Académie des sciences a élu, dans la séance de lundi dernier, correspondant étranger dans la section de botanique, M. Treub (de Batavia), par 25 voix sur 44 votants.

Assistance publique. — M. le Dr Dubois, conseiller général de la Seine, vient d'être nommé membre de la troisième commission (Assistance publique), au conseil général.

Bureaux de bienfaisance. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont priés d'envoyer avant le 4 juillet au Dr Gibert, rue Keller, 38, l'indication des modifications qu'ils jugent utiles d'apporter au règlement du Concours.

Crémation. Ses progrès en Angleterre et en France. — Dans le crématoire construit à Woking, près Londres, par le professeur Gorissi de Lodi, dans les journées du 4 et 6 novembre dernier, on a fait trois crémations y compris celle de la dépouille du général E. Bertie-Clay. — A Paris, dans le cimetière du père Lachaise, il y a en construction un ample et élégant crématoire dans lequel selon les calculs du professeur Brouardel, on pourra incinérer annuellement 4,500 cadavres, soit en moyenne autant qu'il y a de morts dans les hôpitaux de Paris. La chambre des députés de France a rendue facultative la crémation et il ne manque plus à cette loi que l'approbation du Sénat (*Gazette médicale di Torino*), 5 janvier 1888, p. 24.

Empoisonnement a Nexon. — De nombreux symptômes d'empoisonnement se sont produits, comme nous l'avons déjà signalé dans le dernier numéro, ces derniers temps dans les communes de Saint-Victurnien et la Barre-de-Veyrac (département de la Haute-Viemne) Le même fait vient de se manifester dans une autre commune du même département, celle de Nexon. Une vingtaine de personnes ont été atteintes de coliques. Les médecins appelés ont reconnu qu'ils se trouvaient en présence de cas d'empoisonnement par le plomb. La justice s'est émue et le parquet de Saint-Yrieix s'est livré a une enquête qui a amené les résultats suivants : toutes les personnes atteintes de coliques se servaient chez le même boulanger ; ce boulanger s'approvisionnait de farines chez un des plus importants minotiers du département, domicilié non loin de la Barre-de-Veyrac. On croit que le minotier a mêlé du plomb a sa farine. Le plomb a, paraît-il, la propriété de donner à la farine un bel aspect, de la blancheur, et permet de vendre en première qualité des farines inférieures.

Excursion hydrologique. — En présence du succès de la caravane hydrologique qu'elle avait organisée sous son patronage en 1887, la Société française d'hygiène vient d'organiser une nouvelle excursion qui permettra de visiter dans les mêmes conditions les stations climatériques et thermo-minérales de la Suisse et des Vosges. L'excursion aura lieu du 15 au 31 août prochain. L'itinéraire suivant a été adopté : Lucerne, Zurich, Pfœffers, Baden, Schinznach, Rheinfelden, Luxeuil, Plombières, Gérardmer, Bussang, Vittel, Contréxeville, Martigny, Bourbonne et Sermaize. La Compagnie des chemins de fer de l'Est a bien voulu accorder une réduction de 50 0/0 en faveur des excursionnistes qui prendront part à la caravane. Des prix spéciaux sont assurés dans les hôtels. Dans les stations qui doivent être visitées, des fêtes sont préparées pour recevoir la caravane, de concert avec les municipalités, le corps médical et les sociétés locales. Cette excursion présentera un grand intérêt au point de vue scientifique. Des conférences seront faites dans chaque station par les médecins les plus compétents. Ceux qui désirent y prendre part doivent s'adresser, pour les renseignements complémentaires, à M. Joltrain, secrétaire de la Société française d'hygiène, 19, avenue Wagram, à Paris. Les listes d'adhésion seront closes le 31 juillet.

Fêtes a l'hôpital de la Salpêtrière. — Le concert annuel a eu lieu, samedi dernier, à la Salpêtrière, avec le concours d'artistes de Paris. 250 aliénés y assistaient, en dehors de quelques invités. La fête a débuté par un chœur chanté par les adultes et immédiatement suivi d'un duo pour flûte et hautbois. MM. Lubert, Soulacroix, Bertin (de l'Opéra-Comique), Caron, Dubulle, Vernier (de l'Opéra), ont tour à tour recueilli les applaudissements les plus nourris. MM. Saint-Germain et Fugère ont également obtenu beaucoup de succès. On a entendu également Mlle Chevalier (de l'Opéra-Comique), avec la chanson de Florian ; Mme Marie Masson qui a chanté le *Noël païen* (de Massenet) et le trio de

Faust avec MM. Vernier et Dubulle, Mlle Madeleine Godard, violoniste Le quatuor de Pantalon a terminé le concert.

L'ART DE GUÉRIR A PARIS. — Depuis quelques années, à Paris, le corps médical s'est accru d'une terrible façon! Les gens de 1866 étaient heureux; seulement 6,506 chirurgiens, médecins, pharmaciens s'appliquaient à les expédier dans une vie meilleure, dit le *Paris*. 10,360 soignent maintenant les Parisiens ou leur vendent des remèdes!

MÉDECINS DES LYCÉES. — M. le Dr PITTI-FERRANDI, médecin suppléant du lycée de Bastia, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le Dr Manfredi.

MISSIONS SCIENTIFIQUES. — Notre ami et collaborateur, M. le Dr P. LOYE, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission à l'effet d'étudier l'organisation de l'enseignement médico-légal en Allemagne et en Autriche. — M. le Dr RAYMOND, professeur agrégé à la Faculté de médecine, est chargé d'une mission en Russie, pour étudier, dans les centres universitaires de ce pays, les questions d'enseignement médical relatives aux maladies nerveuses. — M. GASTON ANGELBY, ingénieur civil, est chargé d'une mission scientifique à l'effet d'explorer la région comprise entre le lac Nyassa et la côte de l'Océan indien, et de visiter particulièrement le bassin du fleuve Rovaurva. — Par un arrêté du ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, M. le Dr Henry d'ESTREY vient d'être chargé d'une mission scientifique dans la Norwège et la Laponie, jusqu'au cap Nord, pour étudier, outre l'ethnographie, certaines questions d'anthropologie préhistorique se rattachant à ces contrées.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE.— Sont nommés stagiaires près le Muséum d'histoire naturelle : MM. BOUVIER, agrégé des sciences naturelles, docteur ès sciences naturelles, chef des travaux pratiques du laboratoire de zoologie (malacologie) du Muséum; — Fabre DOMERGUE, docteur ès sciences naturelles.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. *Excursion géologique.* — M. Stanislas MEUNIER, docteur ès sciences, aide naturaliste au Muséum d'histoire naturelle, fera une excursion géologique publique, le dimanche 1er juillet 1888, à Gentilly, Villejuif, Arcueil. Rendez-vous, porte d'Italie, à 11 heures. Retour à Paris vers 5 heures.

STATIONS THERMALES.— Le ministre du Commerce et de l'Industrie vient de décider, sur la proposition du comité de direction des services de l'hygiène, que, dans le cours de la présente saison thermale, M. l'inspecteur général des services sanitaires visiterait, avec un ingénieur des mines, un certain nombre d'établissements thermaux. Cette inspection portera sur l'aménagement des eaux et sur les installations balnéaires.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE D'AMÉRIQUE. — Le 19 avril s'est fondé à Buffalo (Etats-Unis) une nouvelle société obstétricale sous le nom d' « *American association of obstetricians and gynecylogists.* » Les membres fondateurs sont au nombre de 34. La prochaine réunion aura lieu à Washington, du 18 au 20 septembre 1888. Le bureau est ainsi composé : Président, W. H. Taylor (de Cincinnati) ; vice-présidents, E. Montgomery (Philadelphie); J.-H. Carstens (Détroit); secrétaire : W. Protter (Buffalo) ; trésorier : Werder (Pittsbourg).

MANIFESTATION DES ÉTUDIANTS. *Fêtes de Bologne.* — Les étudiants ont organisé, en l'honneur de leurs délégués aux fêtes de Bologne et pour leur réception à l'Association générale, une véritable manifestation. Depuis quelques jours déjà, des avis avaient été communiqués aux journaux convoquant les élèves des Facultés. On devait se rendre en corps et suivant un itinéraire déterminé à la gare de Lyon, pour y fêter le retour des délégués, et, après être revenus, également en cortège, au local de la rue des Ecoles, y offrir à ceux-ci un punch d'honneur. Ce programme a été suivi de point en point. Un télégramme complimentant les éudiants bolonais et les remerciant des marques de sympathie qu'ils n'ont cessé de montrer à nos compatriotes a été immédiatement rédigé et envoyé. —Ont été nommés, à l'occasion du centenaire de l'Université de Bologne, *doctores ad honorem* de cette Université, MM. les Prs Charcot, Renan, Ranvier, Daubrée et Pasteur

NÉCROLOGIE. — M. Charles E. JAVILLARD, externe des hôpitaux de Paris (service de M. le Dr Terrier, à Bichat), vient de mourir à Arcachon le 19 juin 1888, à l'âge de 24 ans. C'était un jeune homme intelligent et travailleur, dont la maladie a été aggravée tout d'un coup par la préparation du concours de l'internat. Ses obsèques ont eu lieu mardi dernier à Paris. — M. le Dr GUELHEMBET (de Bordeaux).

Chronique des hôpitaux.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — *Cours de clinique des maladies du système nerveux* : M. le professeur CHARCOT. Leçons le mardi et le vendredi à 9 heures. — *Clinique mentale* : M. VOISIN, le dimanche à 9 h. et demie. — M. le Dr TERRILLON continue ses leçons *cliniques sur les affections chirurgicales de l'abdomen et des organes génitaux de la femme*, le mercredi à 10 heures. Visite et examen des malades à 9 heures. Opérations le samedi.

HOSPICE DE BICÊTRE.—*Maladies mentales:* M. CHARPENTIER, mercredi à 8 heures 1/2. — *Maladies nerveuses des enfants* : M. BOURNEVILLE, le samedi à 9 heures 1/2.

HÔPITAL BICHAT.—*Chirurgie.* M. le Dr TERRIER. Consultations les mardi, jeudi, samedi à 10 heures ; consultation spéciale pour les maladies des yeux et les oreilles le jeudi à 10 heures. Grandes opérations le mardi à 8 heures 1/4. Opérations sur les yeux le jeudi à 9 heures. Opérations diverses (chirurgie générale et gynécologique) tous les jours à 9 heures. — *Médecine.* M. HUCHARD et M. GAILLARD-LACOMBE. Consultations tous les jours, à 9 heures. Le jeudi, consultation spéciale pour les maladies du cœur, faite par M. Huchard et leçons de clinique et de thérapeutique médicale le dimanche à neuf heures et demie très précises.

HÔPITAL DU MIDI. — Service de M. le Dr CASTEL. *Conférence clinique*, le vendredi à 9 heures 1/2. — Consultation le samedi et le mercredi à 9 heures. — Examen et discussion des nouveaux, les lundi et jeudi à 9 heures.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Librairie H. K. LEWIS, 136, Gower street, à Londres.

BOURNEVILLE and BRICON. — Manual of hypodermic medication. Translated from the second edition, with additions by CURRIE (A.-S.). Volume in-8° cartonné de 304 pages, avec 17 figures.

Librairie F. ALCAN, 108, boulevard St-Germain,

JACQUES (L.). — Intubation du larynx dans le croup. Brochure in-8° de 110 pages. — Prix : 2 fr. 50

Librairie ASSELIN et HOUZEAU, place de l'Ecole-de-Médecine.

COMMENGE (O.). — La Prostitution devant l'Académie de Belgique. Brochure in-8 de 38 pages.

Librairie O. BERTHIER, 104, boulevard Saint - Germain.

HUCHARD (H.). — Quand et comment doit-on prescrire la digitale. Volume in-8° de 136 pages.

Librairie G. STEINHEIL, 2, r. Casimir-Delavigne.

CORDES (A.). — Un utéro-sédatif. — Un utéro-moteur. Brochure in-8 de 23 pages.

Librairie G. MASSON, 120, boulevard St-Germain.

LELOIR (H.). — Organisation de l'enseignement de la dermatologie et de la syphiligraphie dans les universités allemandes et austro-hongroises. — Etude comparative de l'enseignement de la dermato-syphiligraphie en France, en Allemagne et en Autriche-Hongrie. Brochure in-8° de 47 pages.

Le Rédacteur-Gérant : BOURNEVILLE.

Paris. — Imp. V. Goupy et Jourdan, rue de Rennes, 71

TABLE DES MATIÈRES

N. B. — **Recherche par ordre alphabétique, non seulement dans la succession régulière des lettres, mais aussi aux articles suivants :** Académie de médecine ; — Académie des sciences ; — Association française ; — Congrès ; — Société d'anthropologie ; — Société anatomique ; — Société de biologie ; — Société de chirurgie ; — Société médicale, etc. ; — Revues diverses.

A

Abasie et Astasie, 147.

Académie de Belgique. Prix, 261.

Académie de médecine (C. R. par A. Josias) : *Alcoolisme et criminalité*, par Mazambat, 272 ; — *Alcoolisme et moyens de le combattre*, par Desbourrée, 491 ; — *Analgésine*, par Bourgoin, 343 ; — *Anesthésie par le chlorure de méthyle*, par Bailly et Vidal, 94 ; — *Antipyrine et accidents*, par Jennings, Ollivier, Sée, D. Beaumetz, 135 ; — *Antipyrine et ses accidents*, par Sée, 153 ; — *Antipyrine dans les accouchements*, par Queirel, 220 ; — *Antipyrine en oculistique*, par Grand-Clément, 367 ; — *Anthrax* (Son traitement par les pulvérisations phéniquées), par Verneuil, 51 ; — *Anthrax et son traitement*, par Le Roy de Méricourt, Perrin, Lefort, Trélat, 761 ; — *Anthrax et son traitement*, par M. Sée et Hardy, 94 ; — *Anthrax et son traitement*, par Labbé, 22 ; — *Arthrectomie*, par Périer, 367 ; — *Assainissement de la prostitution*, par Diday, 288 ; — *Atrophie du nerf optique ataxique*, par Galezowski, 252 ; — *Cataracte* (Lavages lors de), par Panas, 94 ; — *Cholécystotomie*, par Polaillon, 135 ; — *Choléra*, par Josias, 135 : — *Cocaïne et son analyse physiologique de son action*, par Laffont, 8 ; — *Colonies scolaires en vacances*, par Blayac et Rochard ; — *Commission pour les prix*, 195 ; — *Composition moyenne de l'urine normale*, par Yvon et Berlioz, 492 ; — *Concours Vulfranc-Gerdy*, 204 ; — *Délire iodoformique* (*Pathogénie du*), par Jeannel, 233 ; — *Diabète sucré et altérations du pancréas*, par Lancereaux, 343 ; — *Durée de l'isolement des lycéens atteints de maladies contagieuses*, par Ollivier, 75 ; — *Dysentérie épidémique et son microbe*, par Chantemesse et Vidal, 304 ; — *Echanges respiratoires, ventilation pulmonaire et sommeil*, par Richet et Hanriot, 33 ; — *Echanges respiratoires*, par Hanriot et Richet, 135 ; — *Elections* : 32, 75, 94, 194, 220, 234, 252, 272, 326, 343, 367, 415, 430, 473, 510 ; — *Epidémie de méningite cérébro-spinale*, par Bernys, Depas et Biazouris, 415 ; — *Erysipèle et fièvre puerpérale*, par Doyen, 220 ; — *Erythrophléine en ophthalmologie*, par Panas, 194 ; — *Etat des détenus en Belgique*, par Voisin, 344 ; — *Etat intellectuel des détenus dans les prisons cellulaires*, par Lagneau, 511 ; — *Extirpation totale de l'utérus et de ses annexes*, par de Saboïa, 430 ; — *Filaire hématique*, par Lancereaux, Bucquoy, Leroy de Méricourt, Robin, 473 ; — *Filaire du sang*, par Laboulbène, 491 , — *Fistule vésico-utéro-vaginale*, par Hergott, 415 ; — *Fièvre puerpérale et érysipèle*, par Hardy, Cornil, Guéniot, Hervieux, 450 ; *Fragmentation des calculs dans la vessie*, par Debout d'Estrées, 367 ; — *Galvanisation*, par Apostoli, 272 ; — *Gastrostomie*, par Terrillon, 194 ; — *Géographie médicale de l'Ain*, par Lagneau, 136 ; — *Hautes intensités galvano caustiques chimiques*, par Danion, 32 ; — *Hyperchlorhydrie et atonie de l'estomac*, par Sée et Mathieu, 344 ; — *Injections puerpérale*, par Cornil, Doyen, Widal, 430 ; — *Infection puerpérale*, par Widal, 491 ; — *Infection intra-pleurales d'air stérilisé contre les épanchements de la plèvre*, par Potain, 326 ; — *Lèpre et ses lésions oculaires*, par Poncet, 33 ; — *Lèpre oculaire et sa forme tuberculeuse*, par Poncet et Panas, 450 ; — *Lèpre*, par Leloir, 430 ; — *Lèpre*, par Leroy de Méricourt, 415 ; — *Lepre*, par Leroy de Méricourt, 392 ; — *Lèpre*, par Vidal, Cornil, 491 ; — par Hardy, 510 ; — *Ligature de l'iliaque interne*, par Rochard, 7 ; — *Ligature de la carotide et de la jugulaire*, par Février, 367 ; — *Luxation du nerf cubital*, par Poncet, 220 ; — *Maladies de l'estomac jugées par un réactif nouveau*, par G. Sée, 51 ; — *Maladies de l'estomac et nouveau réactif*, par Dujardin-Beaumetz, 75 ; — *Méco-narcéine*, par Laborde, 367 ; — *Méco-narcéine*, par Laborde, 439 ; — *Méco-narcéine*, par C. Paul, 392 ; — *Médicaments à distance* (Action des) *chez les hypnotisés*, pas Dujardin-Beaumetz, 233 ; — *Méthode Pasteur et ses résultats*, par Dujardin-Beaumetz, 194 ; — *Microbes des eaux du Mont-Dore*, par Percepied, 415 ; — *Mouche tsé-tsé*, par Laboulbène, 431 ; — *Micro-organismes des eaux de Vichy*, par Frémont, 272 : — *Néphrolithotomie*, par Le Dentu, 511 ; — *Nickel et son innocuité*, par Riche, 7 ; — *Pathogénie du mal de mer et antipyrine*, par O. Bonnet, Javal, Rochard, etc., 33 ; — *Pelade*, par Leloir, 510 ; — *Phénols mono-anatomiques et sels de mercure en thérapeutique*, par Pouchet, 116 ; — *Phoroglucine-vanilline*, par Paul, 153 ; — *Phoroglucine-vanilline*, par Sée et Paul, 169 ; — *Plâtrage des vins*, par Marty, 473 ; — par Cot, Cazalis, 510 ; — *Polarisation des tissus animaux*, par Larat, 316 ; — *Prix*, 405 ; — *Rage*, par Peyraud, 288 ; — *Saccharine*, par Worms, 288 ; — *Salpingites*, par Terrillon, 305, — *Septicémie puerpérale*, par Arloing, Guérin, 473 ; — *Strabisme et son traitement*, par Landolt, 326 ; — *Strongle paradoxal*, par Chatin, 288 ; — *Syphilis* (Sa prophylaxie), par Fournier, Brouardel, 94, 116, 153, 169, 195, 221, 234, 253, 272 ; — *Traitement du kératocone*, par Panas et Kalt, 233 ; — *Traitement de la scoliose*, par Beynier, 367 ; — *Transparence des tumeurs solides*, par Poncet, 7 ; — *Vaccination animale*, par Layet, 272 ; — *Variole et son inoculation en Kabylie*, par Hervieux, 7 ; — *Vertige des fumeurs*, par Decaisne, 305 ; — *Vertige des fumeurs*, par Lagneau, 313.

Académie des sciences (C. R. par Paul Loye) : *Abcès profonds ou lointains consécutifs à l'anthrax*, par Verneuil, 50 ; — *Acide carbonique dans le traitement de la dyspnée*, par Weill, 193 ; — *Action de l'antipyrine sur le foie*, par Lépine et Porteret, 303 ; — *Action des médicaments sur la bile*, par Prévost et Binet, 490 ; — *Air expiré et sa toxicité*, par Brown-Séquard et d'Arsonval, 50 ; — *Air expiré*, par Béchamp, 93 ; — *Alimentation et carbone*, par Hanriot et Richet, 134 ; — *Anesthésie* (Méthode de Bert), par Claude Martin, 93 ; — *Artère spermatique chez l'homme*, par Bimar, 367 ; — *Atomicité et action biologique des éléments*, par Blake, 343 ; — *Atténuation du virus de la pneumo-entérite des porcs*, par Cornil et Chantemesse, 193 ; — *Attitude humaine*, par Marey, 490 ; — *Barégine*, par Ollivier, 510 ; — *Bose organique de l'air expiré*, par R. Wurtz, 74, 115 ; — *Batjentjor*, par Heckel et Schlagdenhauffen, 413 ; — *Bile et son action*, par Dastre, 74 ; — *Cataracte sénile*, par Nicati, 450 ; — *Chloroforme et son dosage*, par de St-Martin, 152 ; — *Chloroforme*, par Chancel et Parmentier, 193 ; — *Choléra des Canards*, par Cornil et Toupet, 509 ; — *Cladothrix dichotoma*, par Macé, 472 ; — *Cocaïne, convulsions et température*, par Langlois et Richet, 471 ; — *Cowpox et son parasite*, par Pourquier, 193 ; — *Cristallin de l'œil humain*, par Tscherning, 326 ; — *Déformation de la main des verriers*, par Poncet, 302 ; — *Développement des globules rouges du sang*, par Quénot, 219 ; — *Dilatation stomacale et affections chirurgicales*, par Bizy, 413 ; — *Dosage du glucose*, p. Gréhant et Quinquaud, 343 ; — *Echanges respirot. et alimentation*, p. Richet et Hanriot, 152 ; — *Ectocardie et de sa cure radicale*, par Lannelongue, 391 ; — *Elections*, 510 ; — *Electricité animale et tension superficielle*, par d'Arsonval, 000 ; — *Eléments figurés du sang leucocythémique*, par Mayet, 232 ; — *Epidémie des porcs de Marseille*, par Richet et Jobert, 303 ; — *Ethers cholestériques ou lanaline*, par Liebreich, 326 ; — *Etude des bactériens dans les tumeurs*, par Nepveu, 367 ; — *Fièvre jaune et son étiologie*, par P. Gibier, 152 ; — *Fonctions motrices du cerveau*, par Dupuy, 303 ; — *Galactose* (Sa fermentation), par Bourquelot, 93 ; — *Glairine*, par Ollivier, 510 ; — *Gravitation et son influence sur l'encéphale*, par Brown-Séquard, 471 ; — *Hématoscopie dans les maladies*, par Hénocque, 50 ; — *Infection et conséquences tardives*, par Charrin, 471 ; — *Influence de l'alcool sur la descendance*, par Mairet et Combemalle, 219 ; — *Inoculation antirabique chez les herbivores*, par Galtier, 325 ; — *Intoxication chronique par l'alcool*, par Mairet et Combemalle, 232, 302 ; — *Impuretés des alcools*, par Godefroy, 303 ; — *Levure de grains*, par Gréhant et Quinquaud, 193 ; — *Maïs et chenille*, par Laboulbène, 414 ; — *Ma*

ladie des dents de l'éléphant, par Galippe, 392 ; — *Maladie du vin*, par Bordas, 32 ; — *Matière phlogogène dans les bouillons de culture où ont vécu les microbes*, par Arloing, 391 ; — *Matières vaccinantes dans les urines des maladies infectieuses*, par Bouchard, 471 ; — *Mécanisme de l'innocuité*, par Chauveau, 131 ; — *Microbe de la fièvre jaune*, par Domingo-Freire, 168 ; — *Microbe pathogène chromo-aromatique*, par Galtier, 392 ; — *Mobilisation de l'étrier*, par Boucheron, 343 ; — *Muscles* (Etude des) *des Mollusques*, par Fol, 93 ; — *Muscles striés des Mollusques*, par R. Blanchard, 134 ; — *Napthol α*, par Maximovitch, 115 ; — *Naphtol α et 6*, par Maximovitch, 413 ; — *Nouveau Eolipyle*, par Paquelin, 232 ; — *Oxyde de carbone et ses accidents*, par Gréhant, 93 ; — *Péripneumonie et matière phlogogène*, par Arloing, 510 ; — *Pneumonie contagieuse des porcs*, par Fouque, 219 ; — *Porcs et épidémies*, par Rietsch, Jobert, etc., 93 ; — *Pseudo-tuberculose bacillaire*, par Dor, 303 ; — *Pseudo-tuberculose bacillaire*, par Charrin et Roger, 302 ; — *Prix*, 103 ; — *Rabique* (*Persistance de la virulence*) *dans les cadavres*, par Galtier, 115 ; — *Recherches bactériologiques sur l'utérus après la parturition physiologique*, par Straus et S. Toledo. 325 ; — *Respiration du sang et des tissus*, par Gréhant et Quinquaud, 413 ; — *Sinus veineux des ganglions lymphatiques*, par Ranvier, 193 ; — *Sphincter du trou ovale*, par Duroziez, 303 ; — *Synthèse des matières albuminoïdes*, par Schutzenberger, 414 ; — *Unité de la rage*, par Ferré, 302 ; — *Surdité*, par Boucheron, 303 ; — *Tabes dorsal et troubles oculaires*, par Berger, 472 ; — *Tétanos*, par Verneuil, 74 ; — *Thorax et de sa forme*, par Demény, 392 ; — *Toxicité de l'air*, par Brown-Séquard et d'Arsonval, 74 ; — *Trépanation et sa valeur thérapeutique*. par J. Lucas-Championnière, 490 ; — *Ulcères infectieux de l'estomac et du duodénum*, par Letulle, 510 ; — *Vaisseaux spermatiques chez les Mammifères*, par Bimar, 32 ; — *Variations de l'oxyhémoglobine dans la fièvre typhoïde*, par Hénocque et Baudouin, 343 ; — *Variations pathologiques de la locomotion*, par Quénu et Demény, 450 ; — *Venin des Hyménoptères*, par Carlet, 510.

Académie de Turin, 120.

Agraphie, par Marie, 81.

Aigre, 328.

Aisselle (Divers organes de l'), par Poirier, 68.

Albuminate de fer (son action), 98.

Alcoolisme précoce, par Gaston Lyon, 249.

Aliénés (loi de 1838 sur les), 459.

Alimentations dans la méningite, par Defresne, 174.

Ambulances urbaines (inauguration des), par A. Rousselet, 261, 458.

Analgésine, 331.

Anatomiques (Pièces) anciennes, 166.

Anomalies des organes génitaux chez les idiots et les épileptiques, par Bourneville et Sollier, 125.

Antipyrine et analgésine, 331.

Antipyrine et ses dangers, par Raoult, 413.

Antipyrine dans les fièvres palustres par Moncorvo et Pampoukis, 276.

Antipyrine et mal de mer, par Marcel Baudouin, 488.

Antipyrine (Monopole de l'), 180.

Antirabiques (laboratoires), 317, 461.

Antisepsie en Gynécologie, par Pozzi, 1, 63.

Anthrax et son traitement par les pulvérisations phéniquées, par M. B, 151.

Anthrarobine, 289.

Aphasie en général et de l'agraphie en particulier, leçon de Charcot rédigée par J. Marie, 81.

Appareils médicaux (brevet d'invention), 101.

Arabe (médecine) en Algérie, 293.

Arséniate d'or, par Regourdin, 379.

Arthralgie hystéro-traumatique du genou, leçon de Charcot, recueillie par Blocq, 65.

Asiles d'aliénés (médecines des), 38, 63, 103, 144, 159, 405. 422 ; — de Sainte-Anne, 421.

Asile-ouvroir pour les femmes, 403.

Assainissement des villes et de la Seine, par Bourneville, 209. Voir aussi *Congrès d'hygiène de la Seine*.

Assainissement des villes, par Mabaret du Basty, 174.

Assainissement des villes, par Pamard, 222.

Assainissement des villes et de la Seine, 98, 159 ; — d'Aurillac, 311 ; — de Moulins et de Nantes, 312 ; — du Mans, 261 ; — de Pau, 311.

Assistance publique à Paris : Membres du Conseil de surveillance, 144, 317, 517 ; — en province, 37 ; — à la préfecture, 318, 421 ; — legs, 389, 447.

Association scientifique française pour l'avancement des sciences (Congrès d'Oran 1888) : 61 ; — Subvention de 1887, 100 ; — Programmes divers, 39, 63. 103, 159 ; — Divers, 246, 267.

Association française pour l'avancement des sciences : Congrès de 1888 à Oran. — *Section des sciences médicales* (Comptes rendus par Marcel Baudouin) ; — *Elections*, 287, 288 ; — *Acide fluorhydrique dans la tuberculose*, par Moreau et Cochez, 270 ; — *Antipyrine et acéanilide comme médicaments nervins*, par Sarda ; — *Arthrite syphilitique secondaire*, par Cheminade, 271 ; — *Arthropathie douloureuse* (une nouvelle forme d'), par Poncet, 270 ; — *Bi-iodure de mercure*, par Rogée, 271 ; — *Cellules spéciales dans le cancer*, par Nepveu, 271 ; — *Choléra et son traitement*, par Pauly, 286 ; . — *Circoncision israélite*, par Mondot, Seguy, Milliot, 269 ; — *Climat de l'Algérie*, par Pauly, 271 ; — *Curetage de l'utérus* par Mᵉ Gâches-Sarraute, 269 ; — *Dilatation, des vaisseaux de la langue*, par Gillot 286 ; — *Diphtérie et son traitement par le perchlorure de fer*, par Mohammed Ben Mekkach, 269 ; — *Diphtérie et son traitement*, par Trolard, 286 ; — *Dure-mère et ses lacs sanguins*, par Trolard, 272 ; — *Émigration des tuberculeux*, par Verneuil, 285 ; — *Empyème et son traitement par une canule à soupapes*, par Rogée, 269 ; — *Hydrocèle traitée par l'électrolyse*, par Spreafico, 285 ; — *Hygiènes des jeunes mères*, par Haro, 285 ; — *Injections infra-veineuses d'eau salée*, par Loye et Dastre, 271 ; — *Kystes du scrotum*, par Vautrin, 286 ; — *Loi Roussel en Algérie*, par Roussel, Mondot, Fabriès, 285 ; — *Médecine de colonisation*, par Milliot, 269 ; — *Médicaments fournis par le sol algérien*, par Berthcrand, 269 ; — *Meninges rachidiennes*, par Trolard, 272 ; — *Misérite*, par Dadel, 269 ; — *Mort par décapitation*, par P. Loye, 269 ; — *Mycosis de l'arrière-gorge*, par Moure, 270 ; — *Observations diverses*, par Marty, 271 ; — *Orchite infectieuse primitive*, par Hublé, 285 ; — *Pénis* (son extirpation totale), par Montaz, 286 ; — *Périoste calcanéen dans les amputations de la partie inférieure de la jambe*, par Duzéa, 287 ; — *Polydactylie*, par Seguy et Lévy, 286 ; — *Quarantaines maritimes*, par Trolard, 287 ; — *Résistance du bétail algérien*, par Brémond, Verneuil, Seguy, 271 ; — *Rougeole* (épidémie de) à Oran en 1887-88, par Manguilleux, 285 ; — *Solanine*, par Grasset, 270 ; — *Submersion*, par Loye et Brouardel, 271 ; — *Thromboses multiples*, par Fabriès, 285 ; — *Tics convulsifs, écholalie et coprolalie*, par Burot, 286 ; — *Traitement par suggestion de la folie*, par Voisin, 287 ; — *Tuberculisation des indigènes dans les stations thermales*, par Laussedat, 271 ; — *Tumeurs de la main*, par Gross, 287 ; — *Verriers* (déformation spéciale de la main des), 270. — *Section de zoologie* ; *Faune helminthologique de l'Algérie* ; — *Du Cysticercus bovis*, par Blanchard, 288.

Association médicale américaine (An. par Raoult). *Syphilis* (traitement local de la), par Zeissner, 433 ; — *Syphilis* (contagion et hérédité de la), par Bangs, 432 ; — *Gale des prairies*, par Corlett, 432 ; — *Eczéma et son traitement*, par Bulkley, 432 ; — *Cœcum et ses maladies*, par Bausonoff, 453 ; — *Endométrite des femmes enceintes*, par par Jaggard, 512 ; — *Infirmières libres à Philadelphie*, par Price, 512 ; — *Maladie de l'urèthre et la la vessie*, par Sée, 453 ; — *Rein kystique*, par Danforth, 497 ; — *Iodure de potassium dans la syphilis*, par Henry Morris, 497 ; — *Pneumonie*, par Biber, Wittaker, Davis, Klein, Octerlong, Nattue, 497 ; — *Fièvres des enfants*, par Larraba, 496 ; — *Traitement de l'empyème chez les enfants*, par Steelé, Christopher, 496 ; — *Tubage du larynx*, par Wathang, 496 ; — *Tubage et trachéotomie*, par Dermings, 496 ; — *Membranes croupales et dipthérie*, pa Nove, 495 ; — *Nourriture des enfants*, par Earle, 495 ; — *Nœvus*, par Reynold, 495 ; — *Favus de l'avant-bras*, par Reynold, 495 ; — *Dosages d'urine dans les maladies cutanées*, par Buckley, 495 ; — *Tuberculose verruqueuse de la peau*, par Elliot, 495 ; — *Purpura hémorragique chez une petite fille*, par Halle, 495 ; — *Arsenic en dermatologie*, par Richette. Schœmaker, Zeissner, etc., 494 ; — *Traitement galvanique des maladies parasitaires du cuir chevelu*, par Reynold, Buckley, Corlett, etc., 494 ; — *Chancre double à distance*, par Ohmann Dumesnil, Palmer, Reynold, Barogli, etc., 493 ; — *Rétrécissement de l'œsophage traité par la dilatation*, par Davis, 453 ; — *Cabinet chirurgical antiseptique*, par Getz, 453 ; — *Chirurgie passée et à venir*, par Léan, 452 ; — *Vermiculaire* (affections de l'appendice par), Hollengivorth Smith, 452 ; — *Typhlite traitée par la laparotomie*, par Martry, 452 ; — *Obstruction intestinale*, par Piarose, 452 ; — *Insufflation rectale*, par Senn, 453 ; — *Suture perdue*, par Marcy, 453 ; — *Rectum irritable*, par Goadell, 513 ; — *Hystérectomie vaginale*, par Cordon, 513 ; — *Utérus double*, par Dunning, 513 ; — *Tumeurs fibreuses utérines et galvanisme*, par Martin, 513 ; — *Laparatomie pour grossesse extra-utérine*, par Wathen, 514 ; — *Laparatomie exploratrice*, par Marcy, 514 ; — *Traitement de la péritonite aiguë*, par Meyers, 514.

Association générale des étudiants de Paris, 402.

Association pour les idiots en Amérique, 502.

Association des internes des asiles de la Seine, 144, 391, 461.

Association générale des médecins de France, 118, 284.

Association des médecins de la Seine, 314, 330.

Association générale des médecins de prévoyance en France, 245.

Association médicale mutuelle de la Seine : Assemblée générale, 39, 73.

Athènes (statistique médicale) d', 61.

B

Bailly, 232.

Bains et hydrothérapie externe dans les hôpitaux de Paris, par Kéraval, 323, 366.

Baratoux, 5, 132, 167, 191, 383, 425, 441, 483.

Baudouin (Marcel), 37, 55, 201, 208, 212, 229, 268, 467, 488.

Battey (Opération de), leçon de Terrillon recueillie par Villar, 225.

Béclard (Monument à), 104, 118.

Berlin (Lettre de), par Casper, 139, 289, 433, 453.

Bibliographie : *Association of american physician* (transaction), 14. — *Adamckiewicz* : Monoplégie anesthésique (An. par P. Marie), 176. — *E. de Areila* : Fracturas del craneo y trepanacion, An. Ch. P. Vendol, 176. — *Arvisel* : Contri-

bution à l'étude du tissu érectile des fosses nasales (An. Baratoux), 292. — *Bazer* : Zer Tecknik der partiellen Rhinoplastik(An. Dagonet),312.— *Berenger-Féraud* : Leçons sur le tænia de l'homme, 399. — *Bérillon* ; Suggestions et ses applications, 400.—*Biondi* : Microorganismes de la salive (An. Dagonet), 457. — *Blocq* ; Des contractures (An. P.), 397 —*Bourgoin* : Traité de pharmacie galénique (An. par Yvon), 14. — *Cahn* : Marche de la fièvre typhoïde chez les paludéens (An. par Raoult, 48. — *Callamand* ; Rôle de l'eau dans la nutrition, 400. — *Carlet* : Précis de zoologie médicale (An. R. Bl.), 15. — *Cazin et Iscovesco* : Rachitisme et syphilis (An. Plicque), 36. — *Charcot* : Leçons du mardi à la Salpêtrière. — *Colley et White* : Guy's Hospital Report, 56.—*Delorme* : Chirurgie d'armée (An. F. Poncet), 455. —*Dreyfous* : Hystérie alcoolique (An. A. P.), 175. — *Durey-Comte* : Rétrécissement congénital de l'artère pulmonaire, 15. — *Dutertre* : Empoisonnement par les moules (An. Marcel Baudouin), 55. — *Dutertre* : Anesthésiques pendant le moyen-âge, 400. — *Fontan et Ségard* : Éléments de médecine suggestive (An. par Blocq), 99. — *Garnier* : Dictionnaire des progrès des sciences médicales, 419. — *Gandil* : Accidents nerveux consécutifs aux explosions de grisou (An. P. L.), 292. — *Gruber* : Lehrenbuch der Ohrenheilkunde (An. Baratoux), 457. — *Gulliver et Cutton* : Thomas's Hospital Reports, 312. — *Helm* : Hémorrhagies des mains et des pieds chez le nouveau-né (An. Raoult), 315. — *Herzen* : Cerveau et activité cérébrale (An. P.-L.), 13. — *Honnorat* : Œdème pulmonaire d'origine cardiaque, 75. — *Jacks* ; Manuel de diagnostic des maladies internes (An. A. Raoult), 318. — *Kœnig* : Traité de pathologie chirurgicale spéciale, traduit par Comte (An. Marcel Baudouin), 398. — *Labadie-Lagrave* : Urologie clinique et maladie des reins, 14. — *Lannelongue* et *Ménard* : Tuberculose vertébrale, (An. par Marcel Baudouin), 418. — *G. Marcellini* ; Fractures du crâne (An. par Ch. H. Petit-Vendol), 176. — *Marveis* : Colic renal, parasitic et calculus, 56. — *Mergier* : Manipulations de physique (An. P. Kéraval), 400. — *Marley* : Maladies du sang, 56. — *Muskett* : Traitement de la pustule maligne (An. A. Raoult), 313. — *Nursing* (Prastical leçon in) (An. P. Kéraval), 456. — *Nussbaum* : Pansement antiseptique (An. A. Raoult), 456. — *Oliver* : Epilepsy traumatic treates by the phning (An. Souza-Leite), 175. — *Paquet* : Septicémie gangréneuse (An. Marcel Baudouin), 177. — *Péan* : Leçons de clinique chirurgicale (An. par Marcel Baudouin), 37. — *Petit* : Œuvres de J. Méry (An. Marcel Baudouin), 398.—*Reverdin* : Fracture de la base du crâne (An. Marcel Baudouin), 177. — *Rindfleisch* : Traité d'histologie pathologique (An. A. P.), 55. — *Romanes* : Intelligence des animaux, 349. — *Rosny* (de) : Méthode conscientielle, 14. — *Sawyer* : Anémie dans la chorée, 313. — *Schule* : Traité des maladies mentales, traduit par Dagonet et Duhamel, 399. — *Sergi* : Psychochologie physiologique, 14. — *Simon* : Le monde des rêves, 399. — *Simoni* : Nuove recherche sulla transmissione della vocé afona attraverso liquidi di varia natura, 400. — *Snyers* : Pathogénie du mal de Bright, 177. — *Stoukovenkoff* : Rhinosclérose (An. par Rouhinovitch), 13 — *Tamboni* : Demanza paralitica in atrofia musculare progressiva, 14.— *Tamburini* : Hallucinée de Castel novomonti (An. par Seglas), 14. — *Troisfontaines* : Manuel d'antisepie chirurgicale (An. Marcel Baudouin), 157. — *Vaulegeard* : Ovariotomie pratiquée en France en 1847 (An. Marc.B.),328.— *Verneuil* : Danger de l'hypnotisme (A. R.), 328. — *Vincent* : Recherches sur l'hyperthémie et la mort qu'elle cause (An. P. Loye), 348. — *Virgilio* : Causa di omicidia per maliscolia precordiale (An. J. S.), 14. — *Yvon* : Manuel de l'analyse des urines (An. P. L.), 13. — *Zakyroglon* : Ozène laryngée (An. Clado), 400.

BIBLIOTHÈQUES, 103, 140, 502.

BICHAT (Statistique des opérations faites à l'hôpital), par F. Terrier, 188.

BLANCHARD (Raphaël), 97.

BLOCQ (P.), 65, 99.

BOLOGNE (Fêtes de l'Université de), 477, 478.

BONNAIRE, 25, 41, 161, 335, 361.

BOTTEY, 309.

BOUCHARD (de Bordeaux), 403.

BOUCHARD (de Paris) (Cours de), 251.

BOURNEVILLE, 125, 211, 321, 337.

BRÉSIL (Maladies du), 147.

BRICON, 27.

BROUARDEL (Ouverture du cours de), 81, 231.

BUDIN, 25, 41, 161, 335, 361.

BUREAUX DE BIENFAISANCE, 461, 517.

C

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE des médecins français, 317.

CANCER du larynx, 383, 425, 441, 483.

CANCER du pancréas, par Isch-Vall, 423.

CARCINOME (son étiologie), 289.

CASPER, 139, 291, 435, 454.

CATHÉTÉRISME ASEPTIQUE CHEZ LES PROSTATIQUES et de son innocuité, par Lavaux, 445.

CAZENEUVE (son accident), 47.

CIRCULATION PORTE (Suppléance de la), par Lejars, 479.

CIRRHOSES HÉPATIQUES (Etat actuel de la question des), par N. Colouboff, 319.

CHAMBARD (E.), 163, 481.

CHARCOT, 65, 81.

CHAUVIN (G.), 387.

CHINE (Ecoles de médecine en), 260.

CHOLÉRA, 461.

CHORÉE et sa pathogénie, par Comby, 300.

CIRCONCISION JUIVE, 515.

CLIENTÈLE (Cession de), 20.

COLIQUES HÉPATIQUES et leur traitement par l'huile d'olives, 453.

COLLÈGE DE FRANCE, 438.

COLORATION DES TISSUS VIVANTS, par A. Pilliet, 340.

COMBY, 302.

COMITÉ D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE, 405, 422, 461, 480. — *Épidémie de fièvre typhoïde à Quimper*, par Thoinot, 213. — *Etablissement des cimetières*, par Brouardel et Dumesnil, 515 ; — *Dépotoirs*, par Dubrisay, 515.

COMITÉ MÉDICO-CHIRURGICAL DES HÔPITAUX DE LYON, 486.

CONJONCTIVE ET VOIES LACRYMALES (leurs affections), leçon de Galezowski recueillie par Despaguet, 439.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIMIE ET DE PHARMACIE, 262.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (3e session), mars 1888. C.-R. de la séance générale, par Marcel Baudouin, 207 ; Avis divers, 78, 157, 198.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (année 1888). — (Comptes rendus, par P. Kéraval et Marcel Baudouin). — *Abcès du foie traité par la méthode de Little*, par Accolas, 238. — *Ablation du rectum*, par Delorme, 238. — *Anévrysme de la fémorale guéri*, par Picqué, 238. — *Asepie de l'œil*, par Abadie, 240. — *Astigmatisme*, par Javal, 240. — *Cancer de l'utérus et hystérectomie vaginale*, par Demons, Terrier, Péan, Routier, Pozzi, 218. — *Cholécystotomie chez l'enfant*, par Vincent, 238. — *Cholécystotomie et cholécystectomie*, par Thiriar, 215. — *Conduite à suivre dans les blessures par coups de feu des cavités viscérales*, par Chauvel, Delorme, Reclus, Poncet, Trélat, Labbé, Vaslin, Nimier, Chavasse, 212, 213, 214. — *Corps étranger du larynx*, par Labbé, 238. — *Corps étranger de la vessie*, par Bazy, 235. — *Coup de feu à la tête*, par Castex, 214. — *Cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive*, par Socin (de Bâle), Léonté, Mollière, Trélat, Segond, Lucas-Championnière, Richelot, 216, 217. — *Déplacements utérins*, par Doléris, 241. — *Diabète phosphatique et lésions chirurgicales*, par Cerné, Verneuil, 216. — *Extirpation du larynx*, par Moure, Demons, Dupont, Mollière, 212. — *Fracture du coude des enfants et leur traitement*, par Berthomier, 216 — *Grattage de l'axis*, par Duplouy, 240. — *Hématomes spontanés de l'orbite*, par Panas, 215. — *Hernies du cæcum étranglées*, par Jalaguier, 238. — *Hystérectomies abdominales*, par Terrillon, 219. — *Kyste dermoïde de la fontanelle antérieure*, par Lannelongue, 215. — *Kystes hydatiques du foie et leur traitement*, par Segond, Maunoury, Pozzi, 236, 237, — *Lymphangiome caverneux*, par Monod, 219. —*Œdème charbonneux traité par les grandes incisions*, par Pollosson, 215.— *Ongle incarné*, par Poncet, 240. — *Opération pour luxation de la rotule*, par Lucas-Championnière, 241. — *Opération de Rizzoli Esmarch*, par Lerrat, 241.— *Opérations plastiques sur le voile du palais*, par Ehrmann, 236. — *Opération de Letiévant-Estlander*, par Lefort, Thiriar, Boeckel, Vieusse, Delorme, Bouilly, Berger, Kirmisson, Ollier, Levrat, 234, 235. — *Ostéotomie longitudinale*, par Fauvel, 240. — *Pseudarthrose du fémur et son traitement*, par Tillaux, 238. — *Pseudarthrose humérale et paralysie radiale*, par Leprévost, 215. — *Pseudarthrose*, par Lefort, 240. —*Récidive des néoplasmes opérés; recherche des causes et de la prophylaxie*, par Cazin, Verneuil, Poncet, Boeckel, Polosson, Labbé, Richelot, Galezowski, Sabatier, etc., 238, 239, 248. — *Résection du thorax*, par Lannelongue, 218. — *Résection du poignet pour ankylose*, par Ollier, 212. — *Résection maxillo-malaire temporaire*, par Fontan, 241. — *Scoliose*, par Bilhaut, 216. — *Septicémie intestino péritonéale*, par Verchère, 214. — *Stérilisateur portatif*, par de Boecker, 116. — *Suture intestinale*, par Horteloup, 237. — *Sutures perdues*, par Reverdin et Pozzi, 236. — *Urethrectomie*, par Poncet, 235. *Taille hypogastrique et ses perfectionnements*, par Guyon, 236. — *Traitement de la tuberculose vésicale*, par Guyon, 218. — *Tumeurs du cou, leur ablation*, par Vaslin, 216. — *Tumeurs gazeuses du cou*, par Petit, 240. — *Tumeur érectile de la lèvre*, par Bories.

CONGRÈS DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, 422.

CONGRÈS D'ESPAGNE, (C. *Gynécologique* et C. *Hydrologique*), 39, 98.

CONGRÈS D'HYDROLOGIE ET CLIMATOLOGIE MÉDICALES, 422, 499.

CONGRÈS INTERNATIONAL DE BRUXELLES, 461.

CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS, 417.

CONGRÈS DE MÉDECINE DE Wesbaden, 144.

CONGRÈS MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DE BARCELONE Espagne), 329.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE, 261.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES, 182, 417.

CONSEIL D'HYGIÈNE DE LA SEINE, 38. — *Rage* par Dujardin-Beaumetz et Pasteur, 396, 514.—*Assain. de la Seine*, rapport par Rochard, 307;— par Ollivier Voisin, Alphand, Schlesing, etc., 275. — *Assainissement de la Seine*, par Pasteur, Bourgoin,

Proust, 243; — par Gautier, Beaugoin, Levraud Lépine, Proust, 257: — *Saccharine*, par D. Beaumetz, 514.

Conseil d'hygiène de France, 120, 182, 183.

Conseil supérieur de l'assistance publique, sa création, 349, 373, 405, 461, 471, 475, 502.

Conseil supérieur de l'instruction publique : 183, 337.

Conservatoire des Arts et Métiers, 47.

Contréxeville (indications et contre-indications des des eaux de), par Debout d'Estrées, 397.

Contusion de l'oreille, par Miot et Baratoux, 5, 152, 167.

Contusion de l'oreille, par Mabille, 258.

Cordon ombilical (rupture spontanée du) par Maygrier, 411.

Crémation, 181, 223, 517.

Curé assassin et fou, 182.

Cysticercus cellulosœ et tœnia solium, par R. Blanchard, 97.

D

Dalché, 507.

Damaschino (Cours de), 283.

Daviel (Monument à), 405.

Debout d'Estrées, 397.

Defresne, 174.

Dentaire (Service) des bureaux de Bienfaisa . e, 356.

Dentition chez les enfants idiots et arriérés, par A. Sollier, 88.

Despagnet, 247, 439.

Diarrhée tabétique, par Mathieu, 107.

Diète animale en thérapeutique, 36.

Digestion et Diathèse. 77.

Dispensaire de salubrité de Paris (Service médical du), 245.

Dons, 103, 183, 71, 278, 421.

Do Vitan, 180.

Du Castel (Leçons de), 449.

Dumont, 99.

Duval (Ouverture du cours de) à l'Ecole d'Anthropologie, 211.

E

Eaux du lac de Neufchatel, à Paris, 435.

Eaux a Paris, 502.

Ecoles de médecine :

E. *d'Alger*, 63, 119, 268, 381, 501, 517.

E. *d'Amiens*, 39.

E. *d'Angers*, 23.

E. *de Besançon*, 119, 143, 200.

E. *de Caen*, 39, 103, 200, 405.

E. *de Clermont-Ferrand*, 103, 278.

E. *de Dijon*, 405, 421.

E. *de Grenoble*, 200.

E. *de Limoges*, 159.

E. *de Marseille*, 200, 261, 262, 278, 101.

E. *de Nantes*, 501, 517.

E. *de Poitiers*, 39, 103.

E. *de Reims*, 261, 278; — Nomination irrégulière, 293.

E. *de Rouen*, 23, 103.

E. *de Toulouse*, 119, 149, 261, 358, 421, 477.

E. *de Tours*, 119, 438, 460.

Ecole d'Anthropologie de Paris, 103, 200. 207.

Ecole de Gardes-malades *à Bruxelles*, 178; — *à Liège*, 60.

Ecoles d'Infirmieres *de la Seine*, 63; — *à l'Étranger*, 141; — *au Caire*, 501; — *à Lowel*, 483.

Ecole de médecine militaire a Paris (Val-de-Grâce), 63, 92, 103.

Ecoles de médecine navale, 477.

Ecole de pharmacie de Montpellier, 278, 405.

Ecole de pharmacie de Nancy, 23.

Ecole de pharmacie de Paris, 23, 119, 381, 405, 421, 438, 477, 501.

Ecole pratique des Hautes-Études, 260.

Ecoles vétérinaires, 294.

Edwards (Bl.), 428, 447, 469.

Egouts et maladies, 180.

Egout (Tout à l') à Lausanne, par Eperon, 396.

Electricité, 294, 478.

Electrique (Résistance), par Vigouroux, 45, 85.

Embryotomie, leçon de Budin recueillie par Bonnaire, 335, 361.

Empoisonnement à Nexon, 517.

Endoscopie à Vienne et à Paris, par G. Rivière, 359.

Enfants idiots et arriérés de Bicêtre, 15.

Enseignement médical libre : *Balzer*, 381. — *Boissard et Berthod*, 119. — *Ducastel*. 420. — *Dumontpallier*, 460. — *Durand-Fardel*, 79. — *Fournel*, 102, 332. — *Landolt*, 181. — *Latteux*, 62, 143, 259, 437. — *Picard*, 102.

Entérite tuberculeuse et tuberculose mésentérique, avec thrombose de la veine cave, leçon d'A. Ollivier, recueillie par Marcel Baudouin, 207, 229.

Entorse du coude, par Poirier, 105.

Eperon, 397.

Epidémies, 103, 243, 422, 427, 441, 461, 502.

Epilepsie et sa pathogénie, par Lemoine, 298.

Epilepsie et température dans les accès isolés, par Lemoine, 84.

Epiploon cystico-colique, par Bricon, 27.

Errata, 79, 159, 224.

Erytrophiléine, 139.

Erythrophléine, par Vignes, 255.

Erythrophléine, par Casper, 289.

Eternuements chez une hystérique, par Marie, 4.

Etudiants en médecine : *Service militaire des engagés conditionnels*, 30; — *S. des étudiants en général*, 461.

Etudiants *en Russie*, 11. — *A Marseille*, 139. — *A Toulouse*, 150. — *En Suisse*, 160. — *En Italie*, 478

Etudiants en médecine, 38, 120.

Excursions Géologiques, 422, 438, 502.

Excursion hydrologique, 517.

Exercice illégal de la médecine, 517.

Exposition : *d'hygiène et de sauvetage à Ostende*, 204, 315. — *d'hygiène à Paris* en 1888, 459.

F

Facultés de médecine. *Facultés en général*, 22. 79. *Concours d'agrégation des Facultés de médecine*, 477, 517.

Faculté de Bordeaux, 20, 22, 159, 260, 278, 301. — Inauguration et instalation nouvelle des services de la Faculté, 350. — Thèse sde 1887, 259, 403.

F. de Lille, 22, 119, 278, 294, 460, 477.

F. libre de Lille, 119.

F. de Lyon, 22, 61, 119, 143.

F. de Montpellier, 159, 358, 405, 501.

F. de Nancy, 103, 517.

Faculté de Paris. — Actes de la Faculté, 21, 39, 62, 79, 101, 118, 143, 158, 181, 199, 277, 293, 223, 316, 332, 356, 380, 404, 420, 436, 459, 477, 500, 516. — Bourses municipales, 22. — Concours, 143, 358, 437, 460, 477, 501, 517. — Cours, 102, 198, 200, 224, 246, 294, 381, 438. — Cours libres, 200, 251. — *Ecole pratique*, (Visite de M. Alphand à l'), 223; (Construction et aménagement de l'), 420. — Examens; 404. — Faculté (la) de médecine de Paris en 1887, 151. — Incendie, 119, 143. — Inscriptions des Etudiants, 224, 476. — Inspecteurs généraux pour la médecine (Suppression des), 264. — Installation du laboratoire d'histologie, 192. — Musée d'hygiène, 389, 4 7. 500. — Nominations, 22, 39, 79, 200, 260, 294, 404, 460. — Réformes diverses, 159. — Spécialisation des agrégés, 438. — Thèses de la Faculté, 21, 39, 62, 79, 101, 119, 143, 159, 181, 199, 223. 277, 293, 316, 332, 357, 381, 404, 420, 436, 460, 477, 500, 516.

Facultés des sciences :

F. de Bordeaux, 39, 278.

F. de Dijon, 119, 405.

F. de Lille, 260, 284.

F. de Lyon, 22, 260, 405, 460.

F. de Montpellier, 38, 223.

F. de Paris, 204, 260, 278, 294. — Cours d'été, 245. — Thèses, 333, 404, 421, 517.

F. de Rennes, 102.

F. de Toulouse, 159, 182, 278, 381.

Farabeuf (Cours de), 283.

Fécondation artificielle, 180.

Fécondité, 405, 502.

Festraerts (Manifestation en faveur de), 158.

Fêtes dans les hôpitaux, 517.

Fièvre typhoide, 441.

Fievres palustres et leur traitement par l'antipyrine, par Pampoukis, 11.

Fièvre typhoïde à Paris, 63.

Folie de l'adolescence et succube, par Bourneville et Sollier, 321, 337.

Formules : *Coliques venteuses*, 437. — *Dyspepsie et gastralgie*, 143. — *Glycérolé contre les taches pigmentaires*, 102. — *Mixture dentaire*, 460. — *Pilules hémostatiques*, 119. — *Soluté glycériné de peptone hydragyrique ammonique*. 181. — *Tannes* (liniment contre les), 21. — *Traitement de l'ichthyose*, 39. — *Traitement de la laryngite catarrhale chronique*, 62.

Fournier (Ouverture du cours de), 325.

G

Galezowski, 247, 439.

Gauthier (G.), 264.

Génitaux (comparaison des organes) chez l'homme et la femme, leçon de Terrillon recueillie par Villar, 503.

Gerhardt, 433.

Girou (J.), 311.

Goloubof, 319.

Gynécologie (Antisepsie en), 1, 43.

H

Haricots en médecine, 104.

Herborisations, 381, 405, 421, 477, 438, 501.

Hémiplégie spasmodique, infantile, traumatique, par Mathieu, 29.

Hémorrhagies internes de l'utérus gravide, leçon de Budin recueillie par Bonnaire, 25, 41.

Hémoptysies traitées par l'iodoforme, par Chauvin et Jorissenne, 387.

Hémorrhoïdes pendant la grossesse, etc., leçon de Budin recueillie par Bonnaire. 161.

Histologie (Laboratoire d') à la Faculté de médecine de Paris, 192.

Honorifiques (Distinctions). *Légion d'honneur* : 23, 28, 337, 438. — *Diverses* : 23, 113, 337, 405, 438, 478.

Hopitaux de Paris. — (La façon dont on traite les malades dans les), par F. Terrier, 221 ; — Amphithéâtre d'anatomie, 261 ; — Internat des hôpitaux : Concours des prix de l'Internat et modifications nouvelles, 49 ; Banquet, 261, 293. — Externat (Nomination et concours de l'), 178 ; Internat (Nomination et concours de l') des hôpitaux de Paris, 78 ; — Avis aux Externes, 180 ; — Prix de l'Internat et de l'Externat, 200 ; — Prix Civiale, 381 ; — Concours en chirurgie, 261, 333, 358, 381, 478, 502. 517 ; — en médecine, 261, 358, 477, 502 ; — Chirurgiens, 63 ; — Concours pour le prosectorat, 381 ; — Incident à l'H. des Enfants-Malades, 314, 380 ; — Incendie à Necker, 246 ; — Concours des internes en pharmacie, 63, 517 ; des prix de l'internat en pharmacie, 261. — Classement des internes et et externes, 63 ; — Concours du bureau central (Modifications apportées au), 222 ; — C. pour l'internat de l'H. de Berck, 144, 159 ; — Concours de l'externat, questions posées, 23, 63, 79, 103 ; — Concours de l'Internat, questions posées, 23, 39, 63, 79, 103 ; — Concours pour les pharmaciens, 23, 261, 478. — Noms des salles, 38. — Chronique des hôpitaux, 24, 40, 64, 79, 104, 120, 144, 160, 184, 224, 294, 318, 334, 358, 382, 406, 422, 438, 462, 478, 502, 518.

Hopitaux (Incendie dans les), 181.

Hopitaux divers : *H. d'Alger*, 478. — *H. d'Amiens*, 261. — *H. pour les aveugles*, 63. — *H. de Berck*, 144, 159 ; Réformes à l'H. de Berck, 244. — *H. de Bordeaux*, 39, 103, 405, 422. — *H. de St-Cloud*, 291. — *H. de Chartres (et sa nouvelle salle d'opération)*, par Maunoury, 107. — *H. du Havre*, 63. — *H. de Lyon*, 204, 478. 516. — *H. de Levallois-Perret*, 517. — *H. de Marseille*, 39, 103, 119, 144, 405. — *H. de Neuilly-sur-Seine*, 331. — *H. de New-York*, 478. — *H de Rouen*, 23. — *H. de Toulouse*, 39.

Hoquet (Son traitement), 403.

Hôtel-Dieu (notes sur l'ancien), par A. Rousselet, 17, 56, 99, 177, 315, 380. 400, 419.

Huchard (Ouverture du cours d'), 342.

Hydrologie médicale et climatologie (Revue d'), par Delfau. — *Bottey* : Etudes d'hydrothérapie, 96 — *Lalesque* : Arcachon, 96. — *Philbert* : Traitement de l'obésité par les eaux de Brides, 96. — *Robert* : Action des eaux de Cauterets sur la diathèse palustre, 96.

Hygiène Publique (Inspection générale des services d'), 328.

Hygiène (Revue d') par Martha. — *Coni* : Progrès de l'hygiène en République Argentine, 433. — *Cruard* : Hygiène de l'enfance, 433. — *Giovanni* : Etude de médecine publique en Italie, 433. — *Sellé* : Guide maternel, 433.

Hypnotiseur (Un), 104.

Hystérie. Voir éternûments, 4.

Hystérie et syphilis, par Raymond, 263.

I

Idiots et épileptiques, 88, 125.

Imbéciles (Exploitation des), 438.

Index médicus, 381.

Infantile (Hémiplégie), 29.

Injections conservatrices de Bouchard, 403.

Institut odontechnique de France, 381.

Institut des sourds-muets et Laryngologie, 159.

Institut vaccinal municipal a Paris (Création d'un), 245.

Instruments et appareils : *Canule du Dr Reynal O'Connor*, 332. — *Etuve portative du Dr Reynal O'Connor*, 259. — *Gouttières à valves mobiles de Nicaise*, 102. — *Muselière du Dr Reynal O'Connor*, 199. — *Spéculum à valves amovibles de Dubois*, 22. — *Spéculum du Dr Reynal O'Cannor*, 182. — *Stéthoscope du Dr Reynal O'Connor*, 292. —

Intérêts professionnels, 20.

Internat (voir Hôpitaux).

Internat (Banque de l') en médecine des hôpitaux de Paris, 261, 293.

Iodoforme (Effets de l'), 387.

Isch-Wall, 423.

J

Jeune et jeuneurs, 422.

Jorissenne, 387.

Journaux *de gynécologie*, 173.

Journaux (Nouveaux) : *Bolletino della Poliambulanza di milano*, 278. — *Braoklyn medical Journal*, 294. — *Duodénum*, 160. — *Electrothérapie* (L), 26. — *Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, 200. — *Revista Brazileira de Medicina*, 381. — *Revue internatianale des falsifications des denrées alimentaires*, 120. — *Revue médicale pharmaceutique*, 160. — *Revue de polytechnique chirurgicale*, 120. — *Revue pratique d'obstétrique et de l'hygiène de l'Enfance*, 262. — *Revue spéciale de l'antisepsie*, 358.

Jousset (de Bellesme), 333.

K

Kéraval, 323, 365, 499.

Kronprinz et sa maladie, 200.

Kystique (Maladie). Voir *Mamelles*.

L

Laboratoires de chimie (Concours pour un emploi de chimiste et d'expert inspecteur au laboratoire municipal), 101.

Laboratoire de Lion-sur-Mer, 23.

Lachekévitch (Hommage à), 118.

Laïcisation : Des maisons de secours de St-Louis, 20 ; — Des bureaux de bienfaisance de Laon, 20 ; — Des hôpitaux de Paris, 79, 435, — des hôpitaux de Toulouse en 1792. 419 ; — des hôpitaux de Marseille en 1888, 419.

Langues étrangères, 500.

Langues étrangères et études médicales, 419.

Larynx (Cancer du), par Baratoux, 383, 425, 441, 483.

Larynx (Corps étranger dans le), 515.

Larynx (Ablation du), 166.

Lavaux, 445.

Leibowitz, 157.

Lejars, 479.

Lemoine (G.), 84, 298.

Lentus et Lentulus, 118.

Léthargie, 47.

Limite d'age des professeurs, 38, 277.

Longévité, 104, 191, 266.

Louis (C.), 54.

Loye (P.), 30.

Lyon (G.), 249.

M

Mabaret du Basty, 98, 174.

Mabille, 258.

Main (Malformation de la), par Paris, 363.

Mal de mer et antipyrine, par Marcel Baudouin, 488.

Maladie de Friedreich, par Dalché, 507.

Maladies du foie et de l'estomac (Revue des), par Aigre, 327. — *Bachelet* : Dyspepsie iléocæcale, 328. — Robson Roose : Goutte et ses rapports avec les maladies du foie et des reins, 327.

Mamelle (Maladie kystique de la) et sa bilatéralité, par Maunoury, 3.

Maladies nerveuses au Brésil, par Souza-Leite, 147.

Maladies vénériennes (prophylaxie des) et de la prostitution à Paris, par Baratoux, 191.

Malherbe (A.), 173.

Marie (P.), 4, 81.

Martha, 433.

Mathieu (A.), 29, 107.

Martin (A. J.), 407.

Maunoury (G.), 3, 107.

Maygrier (Ch.), 411.

Médecine au Palais, 104.

Médecine des Bureaux de bienfaisance de Paris, Lyon, 40.

Médecins (Caisse de secours pour familles de), 140.

Médecins Conseillers d'arrondissements, 124.

Médecins Conseillers généraux, 104, 484.

Médecin curé, 180, 15.

Médecins femmes, 144, 262, 502.

Médecins des Lycées, 40, 120, 124, 285, 327, 518.

Médecins parisiens, 518.

Médecins poursuivis, 317.

Médecins praticiens (Cours en Allemagne pour les), 246.

Méningite et microbe, 181.

Mensonges et hystériques, 315.

Miot, 5, 132, 167.

Missions scientifiques, 11, 23, 183, 207, 237, 262, 266, 317, 358, 380, 405, 422, 461, 518.

Moncorvo, 276.

Monstruosité à l'hôpital des Enfants-Malades, 314, 380.

Mortalité à Paris, 22, 39, 62, 102, 119, 143, 159, 182, 199, 260, 294, 317, 277, 333, 381, 401, 421, 437, 460, 437, 501, 516.

Musée d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, par A. P., 389.

Musée et laboratoire d'hygiène à Paris, leçon de Proust, recueillie par A. Martin, 407.

Musée d'hygiène de la Faculté de médecine, 389, 407, 500.

Muséum d'histoire naturelle, 262, 381, 405, 438, 422, 478, 502, 518.

Musgrave-Clay (de), 311.

N

Napias (H.). 48, 72, 92, 114.

Natalité (à Paris). 22. 39, 62, 102, 119, 143, 159, 182, 199, 260, 277, 294, 317, 333, 357, 381, 404, 421, 460, 437, 501, 516.

Nécrologie. — *Agnew*, 438. — *Ahvaed*, 24. — *Alexandrovicz*, 334. — *Balesteri*, 246. — *Batestrero*. 318. — *Bœux*, 331. — *Beaudry*, 24. — *Begin*, 460. — *Bellet*, 200. — *Berchens*, 382. — *Bernard*, 183. — *Berthe*, 262. — *Benel*, 334. — *Beugnot*, 334. — *Bitot* (père), 119. — *Blanc*, 63 — *De Blasche* (Mlle). 278. — *Blondet*, 358 — *H. Blot*, 246. — *Boddaert*, 462. — *Bodel o*. 63 — *Bohn*, 160. — *Bonnefons*, 79. — *Bourdel*. 294. — *Bourjade de ta Dardye*, 358, — *Boux*, 450. — *De Brazza* (J.), 200. — *Brochin*, 259. — *Cadoit*, 200. — *Cullias*, 262. — *Canas*, 246 — *Caradec*, 24 — *Casseras*, 318 — *Cassoulet*, 144. — *G. de Castillo*, 294. — *Charrier*, 183 — *Charoulet*, 246. — *F. de Chaumont*, 437. — *Chausit*. 144. — *Christiacer*, 24. — *Collohey*, 358. — *Combal*, 200 — *Cosserat*, 294. — *Coustade*, 183. — *Cousot*, 478. — *Gomez y Conto* (Vicente), 502. — *Couturier*, 478. — *Dagaud*, 200. — *Dally*, 21. — *Darbon*, 104. — *Davost*, 277. — *Dauffy*, 200 — *Dautigny*, 516. *Dawson*, 502. — *Deprès*, 478. — *Desplats*, 382. — *Devade*, 318. — *Dietz*, 144. — *Dornnezan* 438. — *G. Dubreuit*. 24. — *Ducos*, 200. — *Ducruzel*, 422. — *Dunster*, 462. — *Duffaur*, 382. — *Dumont*, 104. — *Durand-Claye*, 357 — *Duriez*, 406. — *Duval*, 104. — *Evrard*, 438 — *Mac Ewen*, 404. — *Favardolo*, 120. — *Farre*, 104. — *Faure* (Mlle), 478. — *Faures*, 144. — *F. Fedeti*, 278. — *Felizel*, 438 — *François*, 183. — *François*, 462. — *Fontana*, 422. — *Fournet*, 420. — *Gardien*, 334. — *Gentilhomme*, 144. — *Gérard*. 200. — *Gervais*, 104. — *Gestin*, 438. — *Gerrey*, 294. — *Gosset*, 502. — *Grabowsky* (Mlle), 358. — *Gray* (Assa), 104. — *Guelhembet*, 518. — *R. Griffini*, 294. — *Haas*, 406 — *Hannosset*, 406. *Heiberg*, 421. — *Hæfnagel*, 382. — *Van Hæter*, 478. — *Hugues*, 461. — *Juarl*, 24. — *James*, 224 — *Javillard*, 518. — *Jeanbernat*, 246. — *Jetatschitsch*, 406. — *Jouanne*, 406. — *Juhel*, 120. — *Kingsford* (Anna), 183 — *Ruzmierski*, 401. — *Lazet*, 144. — *Van Lan*, 278. — *Larue*, 478. — *R. de Latour*, 294. — *Lourent*, 406. — *Lefebvre*, 24. — *Leitgeb*, 294 — *Lesson*. 422. — *Lipe*, 294. — *De Lochner*, 334. — *Laring*, 420. — *Me Lozier* 501. — *Mini*, 63 — *Magnin*, 502. — *Maher*, 334 — *Marié*, 246. — *Martin*. 318. — *Martin St-Ange*, 278. — *Martineau*. 224 — *Mézières* 294. — *Mittre*, 63. — *M. y Molina*, 262 — *Muguet*, 120. — *A y Munoz*, 294. *Musembes*, 478. — *Padreir*, 420. — *Palante*. 224. — *Pallé*, 183. — *Perrin*, 144. — *M. Perroud*, 120. — *Piéchaud*, 278. — *Pinkney*, 462. — *Pion*, 218. — *Planchas*, 278. — *Plouvier*, 104. — *Politzer*, 462. — *Pramberger*, 120. — *Prioleau*, 422. — *Prunier*, 478. — *Rageol de la Touche*, 63. — *Reynat*, 183. — *Roitet*, 262. — *Roméyout*, 200. — *Roquevil*, 438 — *Ronneau* (père), 160. — *Roux*, 262. — *Rulié*, 104. — *Rullc*, 24. — *Saisinel*. 104. — *Savornin*, 63. — *Schiffer*, 200 — *Schnitzler*, 246. — *Senelle*, 278 — *Ser*, 104. — *Spon*, 502 — *Solera*, 24. — *Souleyre*, 262. — *Souvankall*, 63. — *Tourin*, 462. — *Torday*, 478. — *Torre*, 294. — *Toropos*, 294. — *Tourinho*, 422. — *Valentin*, 104 — *Vanzetti*, 63. — *Viberl*, 200. — *Wagner*, 278. — *L. Wagner*, 160. — *Wersheim*, 63. — *A. Wiez*, 358.

Nominations diverses, 11, 21, 23, 120, 160, 183, 200, 461, 478, 502.

O

Ollivier (Auguste) 201, 229.

Onimus, 266.

Ophthalmologie (Revue d'), par F. Poncet (de Cluny). — *Annales d'oculistique*, 9. — *Centalblatt de Hirschberg*, 10; — *Despagnet*: Irido-choroïdite dans les leucomes, 9; — *Giraud-Teulon* (mort de), 9; — *Recueil d'ophthalmologie*, 9; — *Revue générale d'ophtalmologie*, 9; — *Westphall*: Paralysie de la 3e paire, 9.

Oreille (contusion du pavillon de l'), par Miot et Baratoux, 5, 132, 167.

Oreille (contusion de l') par Mabille, 258,

Otologie (revue d') par C. Louis. — *Bishop*: opération sur le tympan, 54; — *Dayton*: Traitement de l'otorrhé, par l'eau oxygénée, 54; — *Ferreri*: Lésions de l'oreille dans l'impaludisme, 54; — *Greenfield*: Abcès cérébraux d'origine auriculaire, 54; — *Guranowski*: Chancre mou de l'oreille moyenne, 54; — *Kretschmann*: Trépanation de l'apophyse mastoïde, 54; — *Stepanow*: Limaçon et perception des sons, 54.

Ovariotomie double pour fibrômes ovariens chez une femme *très âgée*, observation du service de M. le Dr Terrier, recueillie par M. Marcel Baudouin, 467.

Ovariotomies chez les personnes très-âgées, par M. B., 515.

Oxydation par la mousse de platine, par Onimus, 266.

P

Palatines (fentes), leur guérison et leur formation, par Trélat, leçon recueillie par Petit-Vendol, 279.

Pamard, 222.

Pampoukis 11, 61, 276.

Pancréas (Cancer du), par Isch-Wall, 423.

Pansement (Cartouche de), 331.

Paris (A.), 363.

Pathologie infantile (Revue de), par Plicque. — *Bagınsky*: Acétonurie bei Kindern, 257; — *Bosselut*: Méningite tuberculeuse chez les enfants, 417; — *Dumas*: Œdème des nouveau-nés et phlegmatia alba dolens, 418; — *Guelpa*: Traitement de la diphthérie, 418; — *Jungst*: Uber operative Behandlung der Narbencontracturen der Hand, 257; — *Longand*: Uber Folliculis abscedens infantum, 257; — *Périer*: Seconde enfance, 418.

Petit-Vendol (Ch.), 145, 164, 279.

Pharmacie et son exercice illégal, 63.

Pharmaciens de 2e classe, 403.

Pharmaciens-femmes, 262.

Phtisie (Nouvelles médications de la), 317.

Pilliet (A.), 295, 340, 389.

Pisciculture (Cours de), 333.

Pleurite propagée au pneumogastrique, par Pilliet, 295.

Plicque,, 37, 258, 418.

Poirier (Paul), 68, 105, 185, 204.

Poncet (F.), 11, 121.

Pozzi, 1, 43.

Pneumogastrique (Propagation au) d'une pleurite, par Pilliet, 295.

Présternal (Muscle) de l'homme, par Roubinovitch, 283.

Prix à décerner, 160.

Prostate (Hypertrophie de la) traitée par l'électrolyse, 453.

Proust (Cours de), 231, 407.

Pseudo-tabès, par Dalché, 507.

Psychiatrie (Revue de), par Kéraval. — *Cullerre*: Frontières de la folie, 499. — *Kraft-Ebing* (von): Lehrbuch der Psychiatrie, 488. — *Parant*: De la raison dans la folie, 99. — *Schuele*: Traité clinique des maladies mentales, traduction par Dagonet et Duhamel, 498.

Psychique (Paralysie), par Raymond, 263.

Purgatifs salins dans les états diathésiques, par Vernon, 197.

Q

Quadriceps crural, par Paul Poirier, 185, 204.

Quinquaud (Ouverture du cours de), 366.

R

Rage en Angleterre, 294.

Raoult (A.), 35, 138, 413, 508,

Raymond (Cours de), 268,

Raymond (P.), 263.

Récompenses, 204, 259, 478, 502.

Regnaud, 232.

Regourdin, 379.

Réséda comme vermifuge, 183.

Résistance électrique (De la), par Vigouroux, 45, 86.

Reynal O'Connor, 292.

Rétroversion utérine et son traitement, par Bl. Edwards, 428, 447, 469.

Ribemont-Dessaignes (Cours de), 252.

Rivière (C.), 359.

Rochard, 307.

Roubinovitch (J.), 13, 283.

Rousselet, 17, 56, 99, 177, 239, 284, 315, 380, 400, 419, 458.

S

Sages-femmes diplômes exigés des), 499.

Sanatorium de Banyuls, 183.

Sanitaire (station) en Italie, 284.

Santé publique Projet de loi sur), 48, 72, 92, 114.

Sarcome de la cuisse, leçon de Trélat recueillie par Ch. Petit-Vendol, 145, 164.

Secret médical, 411.

Savon chirurgical de Reverdin, 515.

Science et Religion, 515.

Séglas, 11.

Service médical de nuit de Paris, 181, 331.

Service militaire des étudiants en médecine, par Paul Loye, 30; — en général, 161.

Service de santé de la marine, 103, 120, 144 159, 358, 405, 478.

Service de santé militaire, 103, 120, 124, 158, 246, 317, 334, 405, 459, 333. — *Médecins militaires* (Prix à décerner aux), 402: — *Médecins de réserve* de 1888, 437.

Société d'anthropologie, 23.

Spéculum de Dubois, 22; — d'O'Connor. 182.

Société de biologie comptes rendus par Gilles de la Tourette). — *Acide fluorhydrique et tuberculose*, par Grancher, 472; — *Action anesthésique des antithermiques*, par Laborde, 392; — *Action de la cocaïne*, par Richet, 307. — *Action de*

substances toxiques les unes sur les autres, par Roger, 392 ; — *Activité respiratoire des tissus*, par Malassez, 153 ; — *Air expiré et sa toxicité*, par Brown-Séquard et d'Arsonval, 75 ; — *Alcool dans les nerfs vivants*, par Pitres et Vaillard, 490 ; — *Allochirie auditive*, par Gellé, 30 ; — *Allochirie sensitive*, par Magnin et Feré, 75 ; — *Amyotrophies tabétiques*, par Joffroy, 193 ; — *Amyotrophie tabétique*, par Déjérine, 219 ; — *Anesthésie locale*, par Galippe, Magitot, Hénocque, 115 ; — *Anesthésique locaux*, par Laborde, 343 ; — *Antagonisme physiologique de quelques toxiques*, par Chouppe, 414 ; — *Antypirine comme hémostatique*, par Hénocque, 32 ; — *Atrophies musculaires des tabétiques*, par Déjérine, 168 ; — *Bacillus mesentéricus*, par Wignal, 430 ; — *Bases volatiles du sang*, par Wurtz, 51 ; — *Cataractes par injections de menthol*, par Charrin et Roger, 75 ; — *Combustion du gaz d'éclairage*, par Gréhant, 153 ; — *Contractures chez les épileptiques*, par Lemoine, 115 ; — *Cornage et tumeur comprimant les récurrents*, par Gellé, 252 ; — *Douleurs sympathiques*, par Brown-Séquard, 233 ; — *Elections*, 194, 472 ; — *Electricité des animaux*, par Féré, 51 ; — *Electrisation de la peau*, par Vigouroux, 134 ; — *Epithélioma kystique du maxillaire inférieur*, par Audry, 367 ; — *Epileptiques*, par Féré, 51 ; — *Fistule biliaire*, par Dastre, 326 ; — *Frictions et phénomènes nerveux*, par Brown-Séquard, 326 ; — *Galacose*, par Bourquelot, 75 ; — *Gargouillement intestinal rythmique*, par Dastre et Morat, 32 ; — *Gingivite infectieuse de l éléphant*, par Galippe, 392 ; — *Greffes animales*, par Redard, 115 ; — *Hématoscopie*, par Henocque et Malassez, 252 ; — *Hypertrophie de la muqueuse nasale*, par Chatelier, 75 ; — *Hypnotisme*, par Luys, 510 ; — *Immunité et fièvre typhoïde*, par Chantemesse et Widal, 194 ; — *Inhibition*, par d'Arsonval, 414 ; — *Inhibition*, par Brown-Séquard, 472 ; — *Iris d'un décapité*, par Debierre, 303 ; — *Lésion de l'oreille et du cerveau*, par Magnan, 210 ; — *Machine motrice animale*, par Sanson et Duclos, 288 ; — *Maladie pyocyanique*, par Charrin, 472 ; — *Matières vaccinantes des urines*, par Bouchard, 472 ; — *Microbes des végétations cardiaques*, par Gilbert et Léon, 288 ; — *Microbes des dents fossiles*, par Galippe, 510 ; — *Muscle ciliaire*, par Retter, 252 ; — *Myopathie primitive progressive*, par Babinski et Onanoff, 134 ; — *Naphtol dans l'ophtalmie purulente*, par Budin et Vignal, 414 ; — *Nerfs de la parotide*, par Mounet, 233 ; — *Nystagmus expérimental*, 115 ; — *Ophtalmoplégie*, par Galezowski, 153 ; — *Oxyhémoglobine dans la fièvre typhoïde*, par Hénocque et Baudouin, 03 ; — *Paralysie ascendante aiguë*, par Féré et Déjérine, 168 ; — *Paralysie pyocyanique*, par Babinski et Charrin, 220 ; — *Pathogénie des kystes folliculaires*, par Malassez, 414 ; — *Pathogénie du tétanos*, par Pitres et Vaillard, 220 ; — *Pouls et exercice musculaire*, par Féré, 220 ; — *Pression aortique du cheval*, par Chauveau et Marey, 392 ; — *Prix*, 63 ; — *Pseudo-tuberculose bacillaire*, par Charrin et Roger, 233 ; — *Pulsations aortiques*, par H. de Varigny, 326 ; — *Pyocyanine*, par Charrin, 191 ; *Résistance électriques des tissus*, par Vigouroux, 194 ; — *Respiration et tétanos électrique*, par Richet et Hanriot, 93 ; — *Respiration des épileptiques*, par Féré, 134 ; — *Secousse électrique dans un tremblement de terre*, par Onimus, 430 ; — *Section et suture des nerfs*, par Demars, etc., 194 ; — *Strophantus hispidus*, 130 ; — *Strophantine*, par Gley, Lemoine, 472 ; — *Substances de l'eau de l'amnios*, par Torngren, 472 ; — *Surdité due à la lumière électrique*, par d'Arsonval, 510 ; — *Sutures du nerfs*, par Brown-Séquard, 220 ; — *Tatouages humains et expérimentaux*, par Variot et Moreau, 32 ; — *Température et activité de réduction dans la fièvre typhoïde*, par Hénocque et Baudouin, 152 ; — *Toxicité de l'air expiré*, par Brown-Séquard et Bouchard, 32 ; — *Toxicité de l'air expiré*, par Dastre et Loye, 93 ; — *Toxicité du gaz d'éclairage*, par Gréhant, 304 ; — *Tuberculose du foie expérimental*, par Martin et Ledoux Lebard, 326 ; — *Tumeur du cerveau*, par Dumontpallier, 288 ; — *Unité de la rage*, par Feré, 302 ; — *Utérus et bacilles*, par Straus et S. Toledo, 303 ; — *Verres colorés et hypnotisés*, par Luys, 690.

Société de chirurgie (Compte rendu par Marcel Baudouin. — *Abcès froids dus à la fièvre intermittente*, par de Saboïa, 117 ; — *Adénolymphocèle*, par Anger, 368 ; — *Amputation simultanée des quatre derniers métatarsiens*, par Nimier, 196 ; — *Anévrysme artério-veineux du creux poplité*, par Lucas-Championnière, 7 ; — *Arthrectomie*, par Delorme, Chauvel, Terrier, Schwartz, etc., 196 ; — *Arthrectomie*, par Lucas-Championnière, 254 ; — *Autoplastie par la méthode italienne modifiée*, par Poncet et Berger, 8 ; — *Autoplasties diverses*, par Kirmisson, Berger, Lefort, etc., 53 ; — *Autoplastie*, par Monod, Pozzi, 255 ; — *Blessuures des balles à enveloppe métallique*, par Chauvel, 512 ; — *Canule à trachéotomie*, par Terrier, 475. — *Castration pour tumeurs fibreuses utérines*, par Segond, Terrier, Bouilly, Lucas-Championnière, 393 ; — par Terrillon, Pozzi, Terrier, Richelot, 416 ; — *Castration pour les tumeurs fibreuses utérines (suite de la discussion sur la)*, par Tillaux, Monod, Lucas-Championnière, Terrier, Bouilly, Polaillon, Segond, 450, 451 ; — *Catgut*, par Monod, Championnière, etc., 53 ; — *Catgut*, par Lucas-Championnière, 76 ; — *Cathétérisme rétrograde*, par Tillaux, Le Dentu, etc., 187 ; — *Cathétérisme rétrograde*, par Vigot, Kirmisson, Tillaux, 345 — *Compression du sciatique poplité externe*, par G. Marchand, 77 ; — *Contusion du radial et son traitement*, par Severeanu, Pozzi, Tillaux, 136 ; — *Cystotomie suspubienne dans l'hypertrophie prostatique*, par Rœhmer et Berger, 471 ; — *Drainage capillaire du péritoine*, par Pozzi, Bouilly, Terrillon, 170 ; — *Drainage du péritoine après laparatomie*, par Terrier, 196 ; — *Eaux de Barèges et tuberculose*, par Grimaux, 116 ; — *Elections*, 8, 234, 327. — *Emploi des drains*, par Trélat, Championnière, 492 ; — *Etranglement interne et laparatomie*, par Ovion, 8 ; — *Extirpation des annexes de l'utérus*, par Bouilly, 289 ; — *Fractures du bassin*, par Lefort, 327 ; — *Fractures bimalléolaires, mal consolidées, redressées par opération sanglante*, par Doyen et Schwartz, 170 ; — *Fracture de la clavicule, cal vicieux et paralysie brachiale*, par Terrillon, Tillaux, 346 ; — *Fracture du tibia*, par Labroux, 315 ; — *Gastrostomie*, par Terrillon, Quénu, Terrier, 368 ; — *Hématosalpingite*, par Pozzi, 76 ; — *Hernie du testicule*, par Oriol, Kirmisson, Tillaux, Terrier, Reclus, Anger, 345 ; — *Hydropisie du sinus*, par Quénu, 255 ; par Desprès, 272 ; par Magitot, 287 ; — *Inversion utérine*, par Le Prévost, 492 ; — *Kyste de la région coccygienne*, par Routier, Terrillon, Delens, 492 ; — *Kyste hydatique des muscles*, par Lannelongue, Desprès, Trélat, 96 ; — par Reclus, 116 ; — *Hystéro-traumatisme*, par Kirmisson, 196 ; — par Terrier, 254 ; — *Infection purulente et éruptions cutanées*, par Desprès, 96 ; — *Intervention dans les contractures*, par Terrillon, 254 ; — *Irréductibilité des hernies par franges épiploïques*, par Peyrot, Terrier, etc., 312. — *Lipôme de l'aisselle*, par Monod, 197 ; — *Luxation spontanée des deux épaules*, par Lefort, Desprès, 53 ; — *Lithotritie rapide et pathogénie des calculs vésicaux*, par Doyen et Schwartz, 393 ; — *Luxation du pied en dedans*, par Desprès, 155 ; — *Luxation du fond guérie par l'arthrectomie*, par Delorme, 170 ; — *Maladie kystique du sein*, par Quénu, Brissaud, Reynier, Terrier, Kirmisson, Trélat, Tillaux, etc., etc., 155 ; — *Maladie kystique de la mamelle*, par Reclus, Trélat, Verneuil, Richelot, 169 ; — *Modification de l'entérotome*, par Verneuil, 53, — *Ostéomyélite des adultes*, par Berger, Trélat, Lefort, Bouilly, Reclus, 77 ; — *Ostéomyélite des adultes*, par Anger, Trélat, Berger, etc., 96 ; — *Ostéotomie supra condylienne pour genu valgum*, par Doyen, 170 ; — *Ostéosarcome du bras*, par Van Iterson et Berger, 474 ; — *Ovarite suppurée*, par Quénu, 394 — *Plaie de l'axillaire*, Nélaton, Terrier, Le Dentu, Berger, Tillaux, etc., 368 ; — *Plaie du larynx*, par Ducazal, 272 ; — *Plaies pénétrantes de l'abdomen*, par Monod, 345 ; — *Plaies par projectiles de petit calibre*, par Chauvel, 345 ; — *Prix distribués en 1887* ; à distribuer en 1888-1889, 33 ; — *Résection ostéoplastique*, par Berger, 327 ; — *Salpingite opérée*, par Lucas-Championnière, 54 ; — *Sarcome du bras*, par Boiteux, 450 ; — *Sciatique et varices*, par Quénu, 96 ; — *Séance solennelle* (Eloge de Gosselin), 33 ; — *Sensibilité de l'utérus*, par Tillaux, Berger, Terrier, Quénu, Kirmisson, Bouilly, etc., 492 ; — *Spores et eau bouillante*, par Terrier, 8 ; — *Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat en 1887*, par Terrier ; — *Suture primo-secondaire des plaies*, par Rohmer, Berger, Lucas-Championnière, Le Dentu, etc., 474 ; — *Suture tendineuse*, par Bousquet, Lucas-Championnière, Schwartz, 346 ; — *Tarsectomie*, par Le Dentu, 77 ; — *Trachéotomie et chloroforme*, par Terrier et Monod, 451 ; — *Trachéotomie et chloroforme*, par Castex, 451 ; — *Traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen*, par Lefort, Chauvel, Trélat, Reclus, Berger, Desprès, Tillaux, Berger, 272, 289, 305, 306, 326 ; — *Traumatisme sans réaction sur un utérus gravide*, par Jeannel, 76 ; — *Traumatisme et grossesse*, par Berger, 96 ; — *Trépanation*, par Lucas-Championnière, 493, ; — par Quénu, Reclus, Trélat, 511 ; — *Tumeur du sein*, par Schwartz, 416 ; — *Tumeur sus-hyoïdienne*, par Le Dentu, 475 ; — *Tumeur du testicule*, par Jalaguier, 254 — *Varices des veines des nerfs*, par Quénu, Berger, Le Dentu, etc., 117 ; — *Varices des nerfs*, par Verneuil, Schwartz, Trélat, 36.

Sociétés diverses, 369.

Société d'hygiène de France, 120.

Société d'hygiène de Reims, 438.

Société de médecine légale, 23, 113, 200, 267, 382, 478.

Société médicale des hôpitaux (C. R. par Capitan). — *Acide borique à l'intérieur*, par Gaucher, 95. — *Acide borique à l'intérieur*, par Terrier et Gaucher, 136, 195. — *Adénopathies sus-claviculaires dans les cancers viscéraux*, par Troisier, 52. — *Altération du sang, doses d'injections de liquides albumineux*, par Hayem, 221. — *Angine syphilitique précoce*, par Ducastel, 474. — *Bains froids dans la fièvre typhoïde*, par Juhel-Renoy, Hayem, Dujardin-Beaumetz, 95. — *Céphalées hystériques*, par Feré, 431. — *Coronarlite primitive*, par Huchard et Weber, 136. — *Diarrhée verte et son traitement par l'acide lactique*, par Hayem et Lesage, 52. — *Diphtérie propagée aux bronches*, par Féréol, 394. — *Epistaxis répétées*, par Gaucher, Huchard, 511. — *Goître exopthalmique*, par Rendu, 393. — *Goutte*, par Gaucher, 511. — *Hémiathétose après fièvre typhoïde*, par Renault, 344. *Hémiathétose chez l'enfant*, par Comby, 305. — *Hémicharée posthémiplégique*, par Feérol, 253. — *Hémoglobinurie*, par Hayem, 136. — *Hémoglobinurie*, par Robin, 136. — *Hémoglobinurie*, par Robin, 431. — *Hémoglobinurie et hémoglobinhémie*, par Lépine, Hayem, Robin, 195. — *Hémoglobinurie paroxystique*, par Denos et Sal'c, Robin, Hayem, etc., 305. — *Hystérie et goître exopthalmique*, par Dallet, 196. — *Intoxication hydatique*, par Debove, 221. — *Ladrerie*, par Millard, Sevestre, 473. — *Maladie de Friedreich*, par Joffroy, 196. — *Névrite sciatique dans la néphrite interstitielle*, par Raymond, 52. — *Néphrite épithéliale chronique*, sa pathogénie, par Gaucher, 52. — *Périostite varioleuse*, par Barié, 431. — *Rachitisme et phosphore*, par Comby, 221. — *Spasme musculaire d'origine articulaire*, par Ballet, 473. — *Talc pulvérisé dans les diarrhées chroniques*, par Debove, 473. — *Talc*, par Sevestre, 511. — *Traitement des anévrysmes*, par Bucquoy, 344. — *Traitement de l'épilepsie*, par Féré, 253. — *Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*, par Glénard, 221. — *Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids*, par Richard, Du Cazal, etc., 253. —

Traitement de l'hypertrichose par l'électrolyse, par Brocq, 305 — *Traumatisme et épilepsie*, par Féré, 196. — *Tubage du larynx*, par D'Heilly, 344. — *Tuberculose sous-cutanée*, par Bucquoy, 344. — *Vergetures dans la fièvre typhoïde*, par Troisier, Bucquoy, Barié, 511.

Société de médecine de Gand, 262.

Société de médecine pratique de Paris, 47.

Société de médecine du département du Nord, 318, 382.

Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle (C. R. par Martha). — *Désinfection des crachoirs des tuberculeux*, par Herscher, 306. — *Désinfection des baraques de varioleux de St-Louis transformées en service de chirurgie*, par J. Lucas-Championnière, 255. — *Désinfection des crachoirs des tuberculeux*, par Grancher, Larcher, Ollivier, 355. — *Désinfection des baraques de varioleux de St-Louis*, par Trélat, Championnière, 306. — *Désinfection des objets de literie du Mont-de-Piété*, 306. — *Diphtérie en France*, par Dumesnil et Brouardel, 493. — *Elections*, 9. — *Empoisonnement par les viandes altérées*, par Brouardel et Liegeois, 306. — *Epidémie de fièvre typhoïde à l'Institut des aveugles*, par Napias, 306. — *Etiologie de la fièvre typhoïde*, par Lecuyer, 255. — *Fièvre typhoïde à Vienne*, par Mosny, 8. — *Hôpitaux d'isolement en Europe*, par Napias et Dubrisay, 417. — *Intoxication saturnine dans la fabrication du cartonnage*, par Duguet, 117. — *Mauvais état des services de médecine dans les hôpitaux*, par Grancher, 306 ; — *Mortalité par la fièvre typhoïde et eau de Seine*, par Chantemesse, Brouardel, Beschmann, 8. — *Œdème malin*, par Rives, 493. — *Surmenage du cœur chez les apprentis*, par Layet, 306. — *Vitres perforées*, par Trélat et Herscher, 8, 9.

Société médico-chirurgicale de Liège. — *Etranglement interne et laparatomie*, par Fraipont, 34. — *Strophantus* (son action), par Suyers, 34.

Sociétés médicales d'Alsace (Dissolution des), 380, 435.

Société médico-impériale de Vienne, 155.

Société médico-pratique : Prix donnés, 23 ; — Prix à décerner, 88.

Société médico-psychologique, 93, 160, 328, 402, 502.

Société obstétricale et gynécologique de Paris, 26, 166.

Société d'obstétrique et de gynécologie d'Amérique, 518.

Société française d'ophthalmologie. Congrès de 1888, 465 ; (Comptes rendus par Kéraval). — *Antisepsie et asepsie oculaire* : par Abadie, 377 ; — *Affections des yeux et hôpitaux maritimes* : par Diauoux, 370 ; — *Blépharostat*, Panas, Vacher, 395 ; — *Cataractes secondaires*, par Motais, Abadie, Vacher, Dianoux, 369 ; — *Décollement de la rétine*, par Gaupillat, 378 ; — *Décollement de la rétine* et de la difficulté de son traitement, par de Wecker, Boucheron, Abadie, Meyer, 379 ; — *Diphthérie de la conjonctive*, par Vennemann, Petresco, Abadie, 375 ; — *Disque correcteur*, par Vacher, 395 ; — *Echelles*, par Parinaud, 395 ; — *Enucléation dans la panophthalmie*, par Panas, Dufour, Abadie, etc, 372, 372, 373 ; — *Extraction des cataractes luxées*, par Galezowoski, 368 ; — *Chirurgie oculaire galvanocautère*, par Vacher, 370 ; — *Gommes sous-conjonctivales des paupières*, par Trousseau, 375 ; — *Granulations conjonctivales et leurs microbes*, par Petresco, 379 ; — *Héméralopie monoculaire: traitée par l'antipyrine*, par Grandclément, 376 ; *Incisions de l'hémisphère postérieur de l'œil*, par Motais, 371 ; — *Instruments divers*, 379 ; — *Iritis blennorrhagique*, par Despagnet, 376 ; — *Kératalgie traumatique*, par Grandclément, 375 ; *Kysteirien*, par Gayet, 376 ; — *Kystectome*, par Motais, 395 ; — *Léchage des yeux*, par Kostomyris, 377 ; — *Opération nouvelle pour l'ectropion*, par Boucheron, 369, — *Opération du strabisme*, par Abadie, Landolt, Parinaud, Motais, etc, 371 ; — *Opération du symblépharon*, par de Lapersonne, 370 ; — *Ophthalmies électriques*, par Martin, 376 ; — *Ophthalmomètre*, par Javal, Tscherning, Leroy, 395 ; — *Optomètre de poche*, par Parenteau, 395 ; — *Paracentèse*, par Parinaud, etc., 370 ; — *Pression intraoculaire*, par Picqué, 374 ; — *Procédé opératoire nouveau pour le glaucome* par Galezowsky, 373 ; — *Ptosis*, par Gayet, 370 ; — *Reflets cornéens*, par Leroy, 374 ; *Rétinite gravidique et son traitement*, par de Lapersonne, 377 ; — *Sarcome parenchymateux de la cornée*, par Meyer, 395 ; — *Sclérotomie équatorale*, par Masselon, 370 ; — *Stéréoscope et Strabisme*, par Javal, 373 ; — *Strabotomie*, par Motais, 373 ; — *Traitement du kératocone*, par Fieuzal, 370 ; — *Traitement optique du strabisme*, par Bull, 373 ; — *Traitement de la sclérite*, par Dufour, 375 ; — *Tumeur dermoïde de la glande lacrymale*, par Dor, 377.

Société française d'otologie et de laryngologie, 144, 277. (Comptes-Rendus par Baratoux). — *Abcès de l'amygdale*, par Noquet, 347. — *Abcès de la cloison des fosses nasales*, par Moure, 347. — *Cancer du larynx*, par Charazac, Coupard, Baratoux, etc., 346. — *Céphalée de croissance*, par Joal, Ménière, 347. — *Epaississement du cartilage de la cloison*, par Nuit, 346. — *Epilepsie de l'oreille*, par Boucheron, 347. — *Epreuve de Weber*, par Gellé, 346. — *Maladies du sinus sphénoïdal*, par Berger, 347. — *Obstruction de la trompe*, par Suarez, 347. — *Ozène*, par Moure, Chatelier, Ruault, Baratoux, etc., 346. — *Sténose nasale*, par Baratoux, 346.

Société parisienne d'ophtalmologie, 478, 502.

Société des ouvriers en instruments de chirurgie, 104.

Société de prévoyance, 140.

Société protectrice de l'enfance, 160.

Société de stomatologie, 120, 160.

Société française de tempérance, 23, 40, 91, 461, 468.

Société de thérapeutique. (An. par Gilles de la Tourette). — *Antipyrine comme hémostatique*, par Hénocque, 137. — *Antipyrine*, par Huchard, D. Beaumetz, 254. — *Appareil pour inhalation d'acide fluorhydrique*, par Bardet, 253, etc. — *Diphtérie et alimentation*, par Guelpa, etc., 431. — *Oxyhémoglobine*, par Hénocque, 137. — *Potage composé*, par Adrian, 275. — *Saccharine*, par Kugber, 137. — *Strophantus*, par Catillon, 254. — *Traitement (Effets du) térébenthiné sur l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine*, par Brémond, 417. — *Traitement de la polyurie par l'antipyrine*, par Bucquoy, etc., 431. — *Traitement de la polyurie par l'antipyrine*, par Huchard, Beaumetz, etc., 416. — *Tuberculose et inhalations sulfureuses*, par Dujardin-Beaumetz.

Sollier, 125, 321, 337.

Sorel, 311.

Souscriptions, 483.

Stations thermales, 518.

Souza-Leite, 147

Straus (Banquet offert à), 208, 258 ; — (Ouverture du cours de), 302.

Strophantus, 139.

Stypage, 315.

Suc gastrique (Nouveaux réactifs du) et manière de les employer, par Raoult, 503.

Suette et variole, par Vacher, 35.

Surveillantes décorées, 20.

Syphiligraphie (Revue de), par A. Malherbe, 171. — *Corlieu* : Prostitution à Paris, 171 — *Delaitre* : Manifestations tardives de la syphilis héréditaire, 171. — *Gaudichier* : Echéance des accidents cérébraux dans la syphilis, 171. — *Hutchinson et Hermet* : Maladies de l'œil dans la syphilis héréditaire, 171. — *Leloir* : Leçons sur la syphilis, 171. — *Ozenne* : Cancer des syphilitiques, 171.

Syphilis et hystérie, par P. Raymond, 263.

Syphilis (Rapport sur la prophylaxie de la), 58.

T

Taille hypogastrique et de la valeur actuelle du haut appareil, par Poncet, 121.

Téléphone dans les hôpitaux, 23.

Terrier (F.), 188, 221, 467.

Terrillon (Ouv. du cours), 366, 503.

Thérapeutique (Revue de), par Bottey, Raoult, Sorel. — *Arnold* : traitement du rhumatisme, 35. — *Blever et Ingraham* : action de l'eau oxygénée, 138. — *Bayoux* : Antipyrine et salicylate de soude (comparaison de l'), 309. — *Carter* : colchique dans le rhumatisme articulaire, 138. — *Dinith* (K.) : Képhir, 309. — *Illis* : Permanganate de potasse dans les troubles menstruels, 309. — *Farlow*: Cascara sagrada, 34. — *Géoline* : 309. — *Jones*: Saccharine, 34. — *Laborder Houzé* : Colchique et colchicine, 309. — *Mann* : Cocaïne, 309. — *Mairet et Combemale* : méthylal, 309. — *Mayer*: antipyrine dans les affections nerveuses, 138. — *Medical Times* : 34. — *Palin*: nitrite d'amyle dans le choléra, 35. — *Schœmrker* : Collinsonia canadensis, 138. — *Sydney-Ringer* : antagonisme des médicaments, 34. — *Wade*: Traitement de l'Epistaxis, 34.

Thrombose des vaisseaux ombilicaux, rupture du cordon au 8e mois, guérison, par Gauthier, 265.

Thuillier (Monument à), 478.

Trains sanitaires, 144.

Trélat (U.), 145, 164, 279.

Trichinose, 317.

Turquie (Ecole de médecine de Constantinople), 261 ; Institut anti-rabique, 317.

U

Ulcère de l'estomac, par Gerhardt, 433.

Union médicale des membres des sociétés de secours mutuels, 317.

Université de Lyon, 61.

Universités étrangères, 103, 119, 143, 157, 182, 204, 314, 291, 333, 358, 405, 501.

Utérus (hémorrhagies de l'): voir *Hémorrhagies*.

V

Vaccin (nouveau procédé pour avoir du), 459.

Vaccination animale à l'Institut vaccinal de Lyon, par le Dr E. Chambard, 463, 481.

Vacher, 35.

Variole à la Martinique, 200.

Variole et suette, par Vacher, 35.

Vernon, 197.

Vienne (Correspondance de), par Leibowitz, 155.

Vignes, 265.

Vigouroux (R.), 45, 86, 225.

Villar (F.), 225, 503.

Villejean, 232.

Vin empoisonné, 314.

Y

Yeux (Maladie des) et leur diagnostic, par Galezowski, 247.

Yvon P., 15.

PARIS. — IMP. V. GOUPY ET JOURDAN, RUE DE RENNES, 71.